

Danielle Maltais, Suzie Robichaud
et Anne Simard

chercheuses à l'Université du Québec à Chicoutimi

(2001)

Désastres et sinistrés

ESSAI

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

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

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

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

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

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

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

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

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

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

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

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

à partir de :

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

Désastres et sinistrés. Essai.

Chicoutimi, Québec : Les Éditions JCL inc., 2001, 407 pp.. Collection : Au cœur des catastrophes.

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

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



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

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

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

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

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

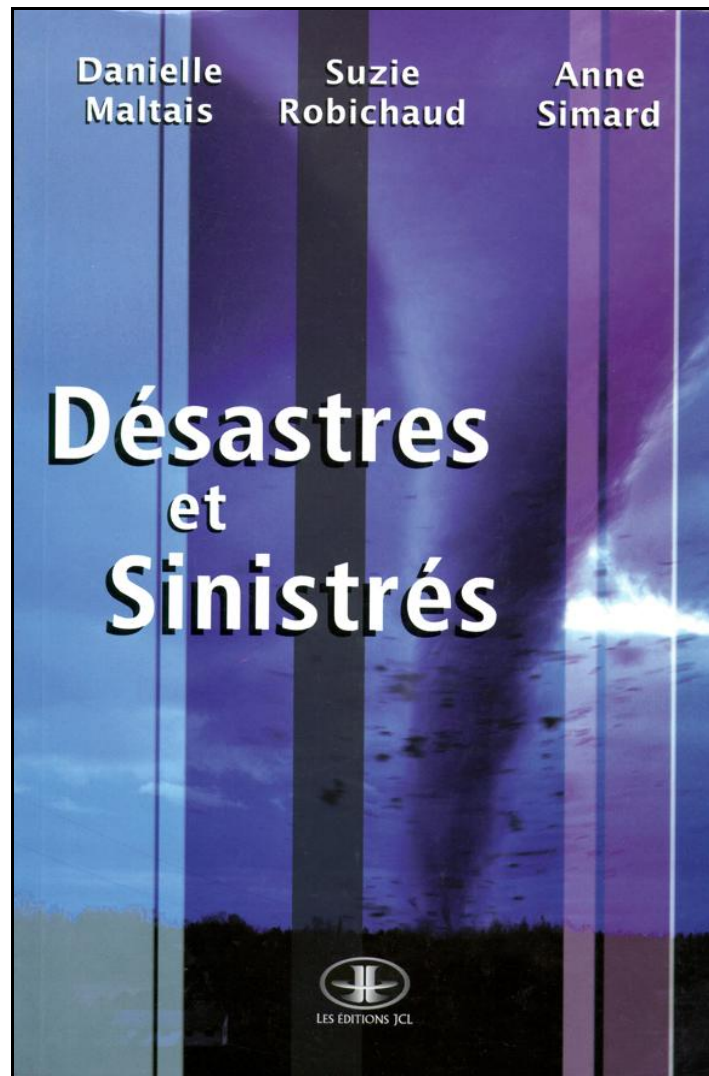
Édition numérique réalisée le 6 décembre 2012 à Chicoutimi,
Ville de Saguenay, Québec.



Danielle Maltais, Suzie Robichaud
et Anne Simard

chercheuses à l'Université du Québec à Chicoutimi

DÉSASTRES ET SINISTRÉS.
ESSAI.



Chicoutimi, Québec : Les Éditions JCL inc., 2001, 407 pp.. Collection : Au cœur des catastrophes.



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

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

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

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

Courriel : jcl@jcl.qc.ca

DANS LA MÊME COLLECTION

Sinistres et Intervenants, Chicoutimi, Éd. JCL, 2001, 276 pages.

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

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

[7]

Nous dédions ce livre aux victimes du glissement de terrain de Saint-Jean-Vianney et aux sinistrés des inondations de juillet 1996.

Pour l'individu comme pour la collectivité, rien n'est stable. Les destins des hommes comme ceux des villes sont balayés.

[...] Il faut donc penser à tout et affermir son âme contre tout ce qui peut arriver.

Sénèque

Table des matières

[Liste des tableaux](#)

[Liste des abréviations des outils utilisés](#) [405]

[Quatrième de couverture](#)

[Résumé du livre](#)

[Remerciements](#) [8]

[Préface](#) [13]

[Introduction](#). Un retour sur deux récentes catastrophes : les inondations de juillet 1996 et la tempête de verglas de 1998. [17]

Chapitre 1

L'élaboration de concepts : les similitudes et les différences. [23]

[Les désastres naturels, les catastrophes technologiques et les événements traumatisants.](#) [26]

[Les désastres et les événements traumatisants.](#) [34]

[Les étapes et les phases liées aux désastres et aux événements traumatisants.](#) [38]

[Résumons.](#) [51]

Chapitre 2

Les désastres et leurs effets sur la santé physique, psychologique et sociale. [53]

[Les effets des désastres en fonction de modèles théoriques.](#) [55]

[L'impact des désastres sur la santé physique.](#) [60]

Les études de Bennet, Melick, Logue et Janerich et al. [65]

Des symptômes physiques spécifiques. [68]

[Les désastres et l'état de stress post-traumatique.](#) [75]

Certains résultats relatifs à l'état *de stress post-traumatique*. [82]

Les symptômes physiques spécifiques et l'état de stress post-traumatique. [84]

[La détresse émotionnelle, les symptômes et les effets des désastres sur la santé psychologique.](#) [85]

[Résumons.](#) [95]

Chapitre 3

L'enfance, l'adolescence et la santé physique et psychologique. [101]

[Les facteurs de vulnérabilité chez les enfants et les adolescents.](#) [109]

[Les stratégies d'adaptation, les caractéristiques personnelles, familiales et sociales, et les événements de la vie.](#) [114]

[Résumons.](#) [120]

Chapitre 4

Les effets des désastres sur la santé des aînés. [123]

[La détresse psychologique et l'âge.](#) [124]

[Les différences dans le processus d'adaptation chez les aînés.](#) [131]

[Le soutien social et l'aide aux aînés.](#) [133]

[Résumons.](#) [134]

Chapitre 5

Les facteurs et les déterminants de la vulnérabilité individuelle ou les prédicteurs de détresse psychologique chez les adultes. [137]

[La mortalité et les blessures physiques.](#) [142]

[Le degré d'exposition.](#) [143]

[Le temps écoulé depuis l'événement.](#) [147]

[La perte de ressources et les dommages matériels.](#) [148]

[L'attribution du tort ou de la responsabilité.](#) [152]

[Les caractéristiques du désastre.](#) [153]

[L'éducation et le revenu.](#) [155]

[Le sexe, l'âge et l'ethnie.](#) [157]

[L'état de santé psychologique ou mentale et les expériences traumatisantes antérieures.](#) [161]

[Le soutien social.](#) [163]

[Les déplacements et la relocalisation.](#) [165]

[Résumons.](#) [173]

Chapitre 6

L'impact d'un désastre sur la vie familiale et sociale. [181]

[Le couple et la famille.](#) [181]

[La perturbation des activités quotidiennes et sociales.](#) [186]

[Résumons.](#) [190]

Chapitre 7

Les stratégies d'adaptation. [193]

[Le concept d'adaptation.](#) [193]

[Les différentes stratégies d'adaptation.](#) [194]

[Résumons.](#) [202]

Chapitre 8

L'impact d'un désastre sur la conception du chez-soi. [205]

[Les fonctions de l'habitat.](#) [205]

[Les éléments d'attachement à une demeure.](#) [209]

[Les difficultés inhérentes à la relocalisation involontaire.](#) [210]

[Les gains et les pertes de la relocalisation.](#) [214]

Chapitre 9

Les répercussions d'un désastre sur la dynamique ou la santé de la communauté. [217]

[Les atteintes à la communauté.](#) [225]

[Résumons.](#) [230]

Conclusion

Synthèse des effets des désastres sur la santé biopsychosociale des sinistrés. [233]

L'état de la question. [234]

L'état de stress post-traumatique. [234]

Les désastres et l'altération de la santé psychologique. [237]

Les désastres et la santé physique. [241]

Les désastres et la santé sociale ou communautaire. [242]

[Références bibliographiques.](#) [255]

Annexe I. Tableau des études portant sur l'état de stress post-traumatique. [291]

Annexe II. Sommaire des principales études portant sur les impacts des catastrophes naturelles et technologiques sur la santé mentale et physique des victimes ainsi que sur leur santé sociale et leur vécu quotidien. [295]

1. [Groupes adultes](#)
2. [Groupes familles \(adultes/enfants\)](#)
3. [Groupes adolescents et enfants](#)
4. [Adultes âgés](#)
5. [Recension d'écrits et articles généraux](#)

Liste des tableaux

- [Tableau 1.](#) Sommaire des caractéristiques des désastres naturels ou d'origine humaine. [33]
- [Tableau 2.](#) Les caractéristiques des dimensions d'un désastre agissant sur la santé psychologique. [35]
- [Tableau 3.](#) Les définitions des termes « désastres », « catastrophes naturelles et technologiques » et « événements traumatisants » selon certains auteurs. [39]
- [Tableau 4.](#) Les types de ressources selon la théorie de la conservation des ressources (COR Theory). [58]
- [Tableau 5.](#) Les facteurs de vulnérabilité à une psychopathologie post-désastre. [61]
- [Tableau 6.](#) Les critères de diagnostic de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-IV. [78]
- [Tableau 7.](#) Les réactions à la suite d'un sinistre, selon le groupe d'âge. [88]
- [Tableau 8.](#) Les réactions des enfants et des adolescents à la suite d'un désastre. [107]
- [Tableau 9.](#) Les caractéristiques représentant des facteurs de risques pour les aînés lors d'un sinistre. [134]
- [Tableau 10.](#) Les facteurs individuels et les caractéristiques du désastre pouvant influencer la gravité des réactions et les difficultés d'adaptation. [141]
- [Tableau 11.](#) Les dimensions culturelles, sociodémographiques et psychologiques de l'habitation. [172]
- [Tableau 12.](#) Les modèles de rétablissement familial post-désastre. [185]
- [Tableau 13.](#) Sommaire des principaux facteurs prédisposant aux effets négatifs chez les victimes de désastres. [243]

Désastres et sinistrés. Essai.

Quatrième de couverture

[Retour à la table des matières](#)

Qui peut se vanter d'être à l'abri des catastrophes naturelles et technologiques ou celles causées par le terrorisme, la négligence ou le désespoir humain ?

Les événements récents survenus au Canada telles les inondations du Saguenay-Lac-Saint-Jean et du Manitoba, la tempête de verglas sur les régions de la Montérégie et de Montréal ainsi que les tornades de plus en plus fréquentes témoignent de la fragilité des individus vis-à-vis des cataclysmes qui menacent leur état de santé et leur bien-être psychologique.

Les conséquences des désastres sur la santé biopsychosociale des individus est l'objet principal de ce premier livre de la collection *Au cœur des catastrophes*.

Ouvrage de référence unique en son genre, cette recherche empirique et bibliographique s'adresse surtout aux bénévoles, aux intervenants et aux organismes appelés à intervenir auprès des sinistrés lors de l'application des mesures d'urgence et à toute personne qui côtoie des victimes d'actes traumatisants.

Désastres et sinistrés. Essai.

Résumé du livre

[Retour à la table des matières](#)

Aucun individu ni aucune communauté n'est à l'abri d'événements traumatisants comme les catastrophes naturelles et technologiques ou ceux causés par la négligence, le désespoir humain ou le terrorisme. Ces événements témoignent de la fragilité des individus vis-à-vis des catastrophes qui menacent leur santé et leur bien-être psychologique.

Pour qui

Sensible aux difficultés que vivent les sinistrés, une équipe de chercheuses a entrepris, en 1996, un ensemble de recherches tant bibliographiques qu'empiriques sur les conséquences des catastrophes sur la santé des individus. Des centaines d'articles et de chapitres de livres ont été lus et résumés. *Désastres et Sinistrés* est le fruit de ce travail. Ce livre se veut un ouvrage de référence pour les bénévoles, les intervenants et les organismes appelés à intervenir auprès des sinistrés lors de l'application des mesures d'urgence. Les chercheurs et étudiants préoccupés par les conséquences des événements traumatiques sur la santé biopsychosociale des individus y trouveront également des informations utiles pour la poursuite de leur réflexion.

Résultats de recherches

Les lecteurs trouveront également des informations sur ce qui fragilise ou protège les individus à développer des problèmes de santé et de la détresse psychologique à la suite d'un événement traumatisant. *Désastres et Sinistrés* a l'avantage de présenter les résultats de centaines de recherches et de plusieurs études effectuées au Québec à la suite des inondations de juillet 1996 et de la tempête de verglas de janvier 1998. Les auteures sont chercheuses à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Source : Les Éditions JCL, inc. Consulté le 3 décembre 2012. [[EN LIGNE](#)]

[405]

Désastres et sinistrés. Essai.

**LISTE DES ABRÉVIATIONS
DES OUTILS UTILISÉS**

[Retour à la table des matières](#)

BNDC	Before and Now Disaster Checklist (Milne, 1977).
BSI	Brief Symptoms Inventory (Derogatis et Spencer, 1982).
CAHPS	Carolina Adolescent Health Project Survey.
CAPS-1	Clinical Administrated PTSD Scale.
CBCL	Child Behavior Checklist.
CES-D	n.d.
CES-DS	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977).
CIDI	Composite International Diagnostic Interview.
CRI	Coping Responses Inventory.
CSE	Coping Self Efficacy.
CSSS	Coopel's Social Support Scale.
DES	Dissociative Experiences Scale.
DICA	Diagnostic Interview for Children and Adolescent.
DIS	Diagnostic Interview Schedule.

DIS-DS	Diagnostic Interview Schedule - Disaster Supplement.
DSBSI	Depression Subscale of the Brief Symptom Inventory (Derogatis et Spencer, 1982).
ECA	Epidemiologic Catchment Area.
ÉSPT	État de stress post-traumatique.
GHQ	General Health Questionnaire.
GSI	n.d.
GWBS	n.d.
HEIC	Home Environment Interview for Children.
HURTE	Hurricane Related Traumatic Experiences.
IES	Impact of Event Scale (Horowitz).
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List (Cohen, Mermelstein, Kamarck et Hoberman, 1985).
ISSB	Inventory of Socially Supportive Behaviors (Berrera, Sandler et Ramsay, 1981).
LEC	Life Event Checklist (Johnson et McCutcheon, 1980).
[406]	
LEM	Life Event Measure.
LES	Life Experience Survey.
LLSS	n.d.
LOR	Loss of Resources.
LTO	Lifetime Trauma Query.
MCBC	Missouri Children's Behavior Checklist.
MS1	Mental Status Index.
MS1	Multi-Sensory Interview.
PANAS	Positive and Negative Affect Scale.
PEDS	n.d.
PEF	Psychiatric Evaluation Form.
PER-D	Psychiatric Epidemiology Research Instrument on Demoralisation.
PES	Progress Evaluation Scale.
PSI	Physical Symptoms Index.
PSS	Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983).

PTSD-D	PTSD Diagnostic.
PTSD-RI	PTSD Reaction Index for Children (Pynoos).
RCMAS	Revised Children Manifest Anxiety Scale.
RD	Resources Questionnaire.
RI	Reaction Index (Fredrick, 1985).
RQ	n.d.
SASD-L	Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia - Lifetime Version.
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-III.
SCL-90	Symptoms Checklist (Hopkins).
SDS	Schwab Depression Scale.
SEC	Sensory Exposure Checklist.
SFC	Syndrome de fatigue chronique.
SIP	n.d.
SIV	n.d.
SPS	Social Provision Scale (Cutrona et Russel, 1987).
SRE	Schedule of Recent Experience (Holmes et Rahe, 1967).
SRI	Social Reaction Inventory.
[407]	
SRQ	Self Reporting Questionnaire.
SRS	n.d.
SSNI	Social Support Network Inventory.
SSPT	n.d.
SSSC	Social Support Scale for Children.
STAI	State-Trait Anxiety Inventory.
STAIT	n.d.
TAT	Thematic Apperception Test.
TRF	Teacher's Report Form.
TSS	Traumatic Stress Schedule (Norris, 1990).
WOCI	Ways of Coping Inventory.

[8]

Désastres et sinistrés. Essai.

REMERCIEMENTS

[Retour à la table des matières](#)

Ce volume n'aurait pas pu se concrétiser sans l'encouragement de nombreuses personnes et sans le soutien financier de différents organismes subventionnaires.

Nous tenons particulièrement à souligner la confiance que nous ont accordée la Société canadienne d'hypothèques et de logement et Maître Serge Simard. Ils ont été les premiers à nous fournir les ressources nécessaires afin que nous puissions effectuer des recherches auprès des victimes des inondations de juillet 1996.

Nous aimerions aussi remercier Monsieur Jean-François Moreau, doyen du Décanat des études supérieures et de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi pour ses encouragements ainsi que les membres du Département des sciences humaines pour leur écoute et leur grande disponibilité.

Nous ne pouvons passer sous silence la contribution exceptionnelle de tous les assistants de recherche qui ont participé à la synthèse des différentes recherches relatées dans ce volume et le savoir-faire d'Esther Cloutier pour la mise en page du manuscrit.

Ce volume, fruit de cinq années de recherches sur les conséquences des catastrophes sur la santé des individus et des intervenants, a

reçu l'appui financier du Conseil québécois de la recherche sociale et de l'Université du Québec à Chicoutimi. Nous leur en sommes reconnaissantes.

Enfin, un merci tout spécial est adressé à monsieur Jean-Claude Larouche, éditeur et homme de cœur, pour avoir concrétisé ce projet.

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

Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) ;

Décanat des études supérieures et de la recherche de l'UQAC ;

Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi.

[13]

Désastres et sinistrés. Essai.

PRÉFACE

[Retour à la table des matières](#)

Vous venez de perdre votre maison, vous êtes sans nouvelles de vos enfants, votre voisin est entre la vie et la mort, il n'y a plus de téléphone ni d'électricité, tout le voisinage est bouleversé, les sirènes hurlent, il faut partir vite...

Fiction ou réalité ? Tout cela est bien sûr une fiction, mais qui se compose de bien des réalités qu'ont connues des Québécois et des Québécoises lors des sinistres des dernières années. Un vécu qui bouleverse le sentiment de sécurité et parfois d'invulnérabilité qu'ont les personnes et les communautés. Des événements variés qui bousculent la condition physique, émotive, affective et sociale des personnes affectées, d'une manière ou d'une autre, par une catastrophe. Un défi inévitable aux capacités des sinistrés d'affronter l'imprévu, de surmonter l'épreuve.

L'aspect humain des sinistres, cet intime dérangement avec ses conséquences sur la santé au sens global du terme, constitue une impérative réalité qui impose que l'on s'en préoccupe.

Au Québec, la dure réalité du drame de l'École polytechnique de Montréal est venue s'ajouter à la pénible série de désastre : l'incendie de BPC à Saint-Basile-le-Grand, le feu de pneus à Saint-Amable et la crise d'Oka. Cette tuerie et ce contexte ont entraîné, au début des an-

nées 90, une première démarche importante de réflexion et d'organisation de services afin de répondre aux besoins psychosociaux des personnes sinistrées.

Depuis, une décennie s'est écoulée. Cette période a connu les inondations du Saguenay, l'accident d'autobus à Saint-Joseph-de-la-Rive, la crise du verglas et les avalanches [14] à Kangiqsualujjuak. Pendant ces années, on a aussi connu l'émergence de la recherche québécoise dans le domaine des impacts psychosociaux et socio-sanitaires des sinistres.

Le présent ouvrage s'inscrit dans cette dynamique récente, empreinte de sérieux et de rigueur, malgré des ressources modestes. Il a aussi le grand mérite de faire un bilan de recherches très pertinentes qui illustrent bien la nature compliquée, l'univers complexe, les dimensions multiples, les éléments variables et les traits constants des conséquences des catastrophes sur la santé biopsychosociale des personnes sinistrées. Il s'adresse au domaine de l'essentiel : à l'aspect humain des sinistres.

Chez nous, comme ailleurs, l'organisation des services psychosociaux et socio-sanitaires auprès des personnes sinistrées doit chercher à offrir une aide la plus adéquate et à jour possible. Les activités de qualité en recherche constituent un apport considérable dans l'atteinte de cet objectif.

L'adage qui soutient que la mémoire est une faculté qui oublie s'applique bien au domaine des catastrophes. Cela est d'autant plus vrai qu'il s'agit de phénomènes épisodiques que le temps finit par reléguer à l'arrière-plan. Or, la présente revue de littérature contribue à maintenir une mémoire collective à l'égard des impacts des sinistres chez les personnes. Elle s'inscrit dans un processus d'objectivation nécessaire si l'on tient à mieux connaître la question, à alimenter un argumentaire approprié afin de maintenir un niveau de conscience sociale et de contrer la banalisation de ce type d'événements.

Bien chanceux de ne pas avoir connu la guerre sur notre territoire, nous n'avons pas de tradition en sécurité civile qui découle de conflits armés. La culture québécoise en sécurité civile [15] se compose principalement des reliquats laissés par les sinistres des dernières décennies, notamment des analyses et réflexions qui en ont découlé. Cette culture s'est développée essentiellement au hasard de ces événements

auprès d'un cercle restreint de personnes qui se soucient des activités de sécurité civile.

Comme l'exprime si bien Edouard Herriot, la culture, c'est ce qui reste quand on a tout oublié. La culture est d'autant plus riche qu'elle est constituée d'un ensemble de solides connaissances acquises. La recherche, tout comme la formation, est un vecteur très important pour la diffusion des connaissances, tant auprès des citoyens, des intervenants, des gestionnaires que des décideurs. Dans le même esprit que le maintien d'une conscience collective, la revue de littérature sur les conséquences des catastrophes sur la santé biopsychosociale contribue réellement et de manière structurante au développement d'une solide culture en sécurité civile au Québec.

On doit aussi souligner que cette activité sérieuse de recherche apporte des informations d'intérêt à l'égard du défi évaluatif de taille à relever dans le domaine biopsychosocial des sinistres. Ce défi demande de jauger, notamment, la détresse des personnes *affectées*, l'*intensité* des effets globaux sur la santé des individus et des communautés ainsi que l'adéquation des services offerts aux sinistrés.

C'est tout un honneur pour moi de présenter cette recension des écrits de mesdames Maltais, Robichaud et Simard. Je tiens à les féliciter et à les remercier pour cette généreuse contribution.

En terminant, je nous invite à avoir une pensée pour les personnes qui ont vécu une catastrophe. Je désire également souligner mon respect pour les bénévoles, intervenants et autres [16] acteurs qui se préparent et agissent consciencieusement afin d'atténuer les impacts d'un sinistre.

Claude Martel

Responsable de la mission Santé en sécurité civile
Conseiller provincial au volet psychosocial en sécurité civile
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

[17]

Désastres et sinistrés. Essai.

INTRODUCTION

Un retour sur deux récentes catastrophes : les inondations de juillet 1996 et la tempête de verglas de 1998

[Retour à la table des matières](#)

Aucun individu ni aucune communauté d'ici et d'ailleurs ne sont à l'abri d'événements traumatisants comme les catastrophes naturelles ou technologiques ou celles causées par la négligence ou le désespoir humain. Les événements récents survenus au Canada, tels les inondations du Saguenay et du Manitoba, la tempête de verglas sur le territoire du grand Montréal et de la Montérégie ainsi que les vents violents ou les tornades en Alberta et au Québec, témoignent de la fragilité des individus, des intervenants et des communautés vis-à-vis des catastrophes qui menacent l'état de santé de la population. D'ailleurs, les médias rapportent fréquemment des désastres majeurs affectant des individus et des communautés entières. Les changements climatiques associés à l'activité humaine croissante provoquent des catastrophes qui sont de plus en plus souvent imprévisibles, violentes et destructrices, et dont les conséquences sur la santé biopsychosociale des individus, des intervenants et des communautés sont dramatiques (Maltais et al., 1998 ; Bravo et al., 1990 ; Green et Lindy, 1994). Les problèmes vécus par les individus sinistrés et leur collectivité peuvent persister sur une très longue période, altérant non seulement la santé

psychologique, mais compromettant également leur santé physique et leurs dynamismes sociaux et familiaux (Green et Solomon, 1995 ; Belter et Shannon, 1993 ; Bolin, 1982).

Rappelons qu'en juillet 1996, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, plusieurs rivières ont débordé, causant des dommages majeurs [18] aux infrastructures communautaires et sociales. Des milliers de maisons et de terrains ont disparu ou ont été lourdement abîmés. Dans l'ensemble, 39 municipalités ont été touchées à des degrés divers et plus de 16 000 personnes ont dû être évacuées de leur domicile pour des périodes qui ont varié de quelques jours à plusieurs mois. Plusieurs sinistrés ont dû, en pleine nuit et à toute vitesse, quitter leur domicile, n'apportant avec eux que le strict minimum pour survivre. Devant l'impossibilité de retourner à leur domicile, ces sinistrés ont été hébergés dans des centres communautaires, puis chez des amis ou chez des membres de la famille immédiate ou élargie. Le bilan de ce désastre est lourd pour la région : en plus de deux pertes de vie, des centaines d'entreprises commerciales et agricoles ont subi des dommages, des milliers d'emplois ont été perdus ou perturbés à court ou à moyen terme, des routes et des ponts ont été détruits, etc. Le gouvernement du Québec estime d'ailleurs avoir déboursé près de 129 millions de dollars en aide financière aux communautés, aux individus et aux entreprises (Ministère de la Sécurité publique, 2000).

Le début de l'année 1998 fut également marqué, pour l'ensemble de la population du Québec, par une crise sans précédent. Si ce sont les populations du sud-ouest de la province qui furent les plus affectées par la crise du verglas de janvier, une forte proportion des Québécois a vécu dans l'attente angoissante de voir rétablir un service public des plus essentiels en cette période de l'année : l'électricité.

En janvier 1998, la manifestation de systèmes climatiques inhabituels provoqua des précipitations de neige fondante et de pluies verglaçantes pendant plusieurs jours, lesquelles s'accumulèrent sur une importante partie du réseau de transport et de distribution d'énergie électrique d'Hydro-Québec. Cette accumulation graduelle de verglas - que l'on estima comme ayant atteint jusqu'à 75 mm en certains endroits ¹ (Mann et Drapeau, 1998) - contribua à l'écrasement d'environ

¹ Selon les probabilités statistiques estimées, une telle accumulation peut se produire une fois aux 500 ans.

1 000 pylônes et [19] nécessita la reconstruction de 600 kilomètres de lignes de transport d'énergie électrique ainsi que de plus de 3 500 kilomètres de lignes de distribution (Mann et Drapeau, 1998).

Au moment le plus fort du désastre, 1,4 million d'abonnés furent privés d'électricité dans 700 municipalités du Québec. Si l'absence de ce service essentiel n'affecta que pour quelques heures ou quelques jours la plupart des personnes, des entreprises, des commerces et des institutions québécoises publiques, il n'en demeure pas moins que des milliers de personnes furent grandement touchées pendant des périodes qui se sont prolongées jusqu'à plusieurs semaines (Drapeau, 1998).

Pendant cette tempête, des milliers de sinistrés ont vu leur qualité de vie et leur santé physique, psychologique ou sociale lourdement affectées. Ceux-ci sont demeurés dans l'attente d'un rétablissement du service et dans la crainte d'en subir à nouveau la perte une fois celui-ci rétabli.

En plus d'être exposés à de nouveaux risques inhérents aux mesures et tentatives pour suppléer au manque d'électricité, dans le but de se réchauffer, s'éclairer et se nourrir, les sinistrés ont aussi eu à faire face à d'autres difficultés telles l'absence de moyens de communication et d'information (Lacroix, 1998). Nombre d'individus ont aussi dû se réfugier, pour des périodes de durée variable, dans des abris communautaires, chez de la parenté ou des amis. Par peur du vandalisme ou parce que leur domicile constituait leur lieu de travail (fermes, commerces, etc.), certains sinistrés sont demeurés chez eux pendant toute la crise, en dépit de l'absence d'électricité. Les conséquences négatives de la crise du verglas sont aussi décelables par les nombreuses pertes matérielles encourues par les sinistrés.

Une vingtaine de décès ainsi que de nombreuses blessures et des intoxications au monoxyde de carbone découlant de la [20] crise du verglas furent enregistrés chez la population sinistrée (Blanchet, 1999). Les déplacements étaient également difficiles en raison des voies de circulation glacées et des problèmes de signalisation. De plus, les risques encourus par les chutes de branches d'arbres glacées ou par l'effondrement de toitures se sont également ajoutés aux menaces environnementales présentes pendant la crise du verglas (Legault Faucher, 1999 ; *Le Journal de Québec*, 1999 ; National Geographic

Society, 1998). De telles conditions hivernales difficiles, ainsi que leurs conséquences, ont donc constitué une menace importante à la sécurité et à l'intégrité physique et psychologique des individus, au même titre que divers autres types de catastrophes naturelles ou environnementales (Center for Disease Control, 1998 ; Helburn, 1982 ; House of Representatives, 1984 ; Lacroix et Boivin, 1991 ; *Le Journal de Québec*, 1999 ; Mitchell et Everly, 1995).

L'intérêt pour la recherche sur les conséquences des catastrophes naturelles ou technologiques est assez récent au Québec et au Canada. Des événements comme les inondations du Saguenay-Lac-Saint-Jean ainsi que la tempête de verglas de janvier 1998 ont d'ailleurs forcé les chercheurs et les intervenants à se pencher sur les répercussions à court, à moyen et à long terme des sinistres sur la santé des individus.

Au Québec, il n'y a pas réellement de culture des désastres (Nicot, 1999). Soulignons toutefois que les compétences du Québec au plan de la planification et de l'application des mesures de soutien psychosocial offert lors de désastres ont récemment été évaluées comme étant pertinentes et avant-gardistes (Martel, 1999).

Ce présent ouvrage vise à fournir des informations pouvant permettre une meilleure compréhension de l'ampleur des difficultés rencontrées par les sinistrés qui sont touchés à divers degrés [21] par des désastres collectifs, de cause naturelle ou technologique. Il s'inscrit également dans une mise en évidence des séquelles et des traumatismes potentiels que peut receler le fait d'être exposé à une situation de ce genre, tant au plan individuel que communautaire. Plus précisément, cet ouvrage se propose de décrire la manière dont les victimes de sinistres peuvent être affectées au plan de leur santé physique, psychologique et sociale. Ce document vise également à accroître les connaissances quant aux divers modes ou méthodes d'adaptation utilisés par les individus qui font face à des situations où leur intégrité physique ou psychologique est menacée.

Dans un premier temps, un exercice de définition des termes le plus souvent utilisés dans les recherches sur les désastres permet de constater qu'il existe différents points de vue quant à la conceptualisation de la problématique. Par la suite, les chapitres subséquents présentent les effets des désastres sur la santé physique, psychologique et sociale des victimes tout en montrant les principaux problèmes pou-

vant se manifester à court, moyen et long terme. Puis, les principaux déterminants de la vulnérabilité des adultes seront abordés pour ensuite examiner les effets des désastres sur la vie familiale et sociale des individus. Les principales stratégies d'adaptation adoptées par les sinistrés ainsi que le degré d'efficacité de celles-ci sont également considérés. Finalement, le dernier chapitre permettra d'aborder les conséquences des catastrophes sur le fonctionnement des communautés.

Afin de recenser les écrits relatifs aux désastres naturels ou reliés à l'intervention humaine, en fonction de leurs effets sur la santé psychologique, physique et sociale des individus ainsi que sur le vécu individuel et collectif des populations affectées, plusieurs banques de données spécialisées ont été consultées : Amicus, Hazlit, Medline, Pilot et Psycho-Info. Les banques de données des centres de recherche sur les désastres de l'Université [22] du Delaware et de l'Université du Colorado ont également été examinées. Plus de 500 références ont ainsi été répertoriées.

Pour ce volume, les recherches portant sur les intervenants (secouristes, ambulanciers, personnel du secteur de la santé, intervenants sociaux, bénévoles, policiers, pompiers, etc.) ont été exclues, de même que celles qui rapportent des résultats obtenus auprès de victimes de torture, de terrorisme et d'autres désastres se rapportant à des violences interpersonnelles.

[23]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 1

L'élaboration de concepts : les similitudes et les différences

[Retour à la table des matières](#)

Plusieurs scientifiques et chercheurs se sont penchés sur les conséquences des catastrophes naturelles ou technologiques et ont développé une expertise dans ce domaine. À cet effet, certains ont consacré une majeure partie de leur carrière, sinon leur carrière entière, à l'étude de l'impact de ces événements sur la santé physique, psychologique ou sociale des personnes affectées par les désastres ou aux dimensions sociologiques que comportent ces événements. Certains, dont Allen H. Barton, Robert Bolin, Thomas E. Drabek, Eugene J. Haas et Dennis, S. Mileti sont sociologues tandis que Bonnie L. Green, Alexander C. McFarlane, Elizabeth M. Smith et Robert J. Ursano sont psychiatres, et qu'Andrew Baum, Krzysztof Kaniasty, Fran Norris sont psychologues. D'autres chercheurs se sont également intéressés aux aspects épidémiologiques et aux répercussions psychophysiologiques tels Glin Bennet, Sally Brosz Hardin, Dwight T Janerich et Martin Weinrich. Certains se sont également davantage préoccupés, en vertu de leurs formations respectives ou de leurs intérêts particuliers, de diverses catégories ou de sous-groupes de la population touchée par des

désastres, dont les aînés (Hilary M. Livingston, Fran Norris, etc.) ou les enfants (C.J. Lonigan, L.C. Terr, etc.). D'autres chercheurs ont investigué en profondeur et sur une longue période de temps les conséquences d'un sinistre particulier sur la santé des victimes (Bonnie L. Green, Bruno R. Lima, Alexander C. McFarlane, etc.) ou se sont penchés sur des aspects spécifiques des désastres, tel le soutien social (Krzysztof Kaniasty). On retrouve chez les chercheurs certains points communs et d'autres plus divergents en ce qui a trait à leurs définitions des concepts le plus souvent [24] utilisés dans la recherche comme celui de désastre, d'urgence, d'événement traumatisant ou de victime.

D'un côté, cette dimension multidisciplinaire de la recherche comporte certains avantages en tentant de répondre à une question fondamentale - ou en s'intéressant à divers aspects qui la composent - c'est-à-dire comment les sociétés se différencient dans leurs manières de rechercher à s'adapter aux modifications de leur environnement naturel (Drabek, 1986). Mais d'un autre côté, les origines diversifiées des chercheurs et leurs définitions conceptuelles qui le sont tout autant peuvent contribuer à rendre plus confus certains résultats de recherche. Ainsi, le fait que les auteurs et les chercheurs définissent différemment les désastres ou les sinistres, utilisent des méthodes de recherche ainsi que des cadres théoriques et des variables dépendantes très diversifiés provoque une certaine ambiguïté, des contradictions et des difficultés relatives à la généralisation des résultats (Gibbs, 1989 ; Warheit, 1985).

Avant d'élaborer davantage cet aspect, présentons la définition du terme « urgence » proposée par la Protection civile du Canada et qui se veut une prémisse à l'élaboration des plans d'urgence :

Une urgence est une situation anormale qui commande une intervention immédiate et hors de l'ordinaire afin de protéger la vie des personnes et limiter les dommages aux propriétés ou à l'environnement (Protection civile du Canada, 1997).

La liste des situations que sous-tend cette définition classe dans la catégorie « système essentiel » les situations d'urgence se rapportant « au dérangement ou à l'interruption » de « tout système » pouvant « menacer la vie ou la propriété » (liste des désastres pour l'élaboration des plans d'urgence fédéraux, Protection [25] civile du Canada,

1997). Au Québec, la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre (chapitre P-38.1) définit un sinistre comme un :

[...] événement grave, réel ou attendu prochainement, causé par un incendie, un accident, une explosion, un phénomène naturel ou une défaillance technique, découlant d'une intervention humaine ou non, qui, par son ampleur, cause ou est susceptible de causer la mort de personnes, une atteinte à la sécurité ou à leur intégrité physique ou des dommages étendus aux biens (Gouvernement du Québec, Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre, 1993).

C'est par ailleurs sur les fondements de cette loi que fut établie l'émission de plusieurs décrets visant à porter diverses formes d'assistance aux citoyens et municipalités ayant subi des préjudices lors des inondations de juillet 1996 ou lors de la crise du verglas.

Aux États-Unis, l'article de Loi publique de 1974 (n° 93-288) définit un désastre majeur comme :

[...] chaque ouragan, tornade, tempête, inondation, ou toute autre catastrophe dans n'importe laquelle partie des États-Unis, ou de ses territoires, qui cause des dommages d'une gravité suffisante et d'une magnitude qui nécessitent une assistance majeure de désastre [...] (Logue *et al.*, 1981b : 141).

Définissant plus spécifiquement les inondations, Howard *et al.* (1996) mentionnent que ce type de désastre est le plus commun à travers le monde, comptant pour 40% des désastres naturels dans leur ensemble. Elles se développent habituellement sur une certaine période, affectent une région étendue, compliquant [26] la circulation, et ne faisant pas de distinction dans leurs répercussions sur l'agriculture, le commerce, les infrastructures, etc. Leurs conséquences sur la santé publique incluent les blessures physiques et psychologiques traumatisantes, les décès et la destruction d'habitations ainsi que le déplacement de leurs occupants.

Une brochure gouvernementale (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994) définit une inondation en se basant sur la définition de Boivin et Lacroix ² qui spécifient la différence entre les termes

² Boivin, D.J. et Lacroix, J. (1990). Études du phénomène inondation en tant que catastrophe naturelle : une évaluation en matière de protection civile et de

crues et inondations : la première fait référence à un phénomène de courte durée et correspondant à l'élévation du niveau d'un cours d'eau, tandis que la deuxième représente l'étalement de l'eau (apportée par la crue) sur une zone n'étant normalement pas submergée. Les auteurs du document associent les causes naturelles d'inondation à de fortes précipitations ne pouvant être absorbées par le sol, à la fonte des neiges, aux embâcles de glace et aux glissements de terrain. Ce document mentionne par ailleurs d'autres causes non naturelles pouvant influencer la fréquence et l'intensité des inondations, soit la déforestation, le défrichage mal effectué, la canalisation artificielle de cours d'eau, la construction de barrages, l'exploitation minière et l'urbanisation.

Les désastres naturels, les catastrophes technologiques et les événements traumatisants

[Retour à la table des matières](#)

Selon Belter et Shannon (1993), un désastre est identifié par les caractéristiques de l'événement, par son impact et par l'ampleur des dommages causés, tant aux plans physique, social que psychologique. Les auteurs associent un désastre à un événement qui se situe en dehors du monde et de l'expérience quotidiens, qui affecte un grand nombre de personnes, qui cause des dommages assez sérieux pour susciter des demandes inhabituelles ou qui présente des menaces qui excèdent les ressources et habiletés des individus à s'adapter. En accord avec cette définition [27] englobante, Bolin (1989) a suggéré que les désastres naturels constituent une catégorie d'événements environnementaux qui, périodiquement, et avec des degrés d'intensité variables, exposent les systèmes humains à une variété de stress et de ruptures. Il a spécifié la difficulté, en certains cas, à faire la différence entre un désastre naturel et un désastre où l'humain a joué un certain rôle. Il a cependant ouvert une brèche sur les facteurs influençant l'impact d'un désastre en considération de ses effets sur la population

touchée, avançant qu'en tant qu'agent stresser collectif, un désastre naturel semble créer une dynamique sociale différente de celle créée par d'autres agents stressers présents lors d'un désastre où l'intervention humaine entre en considération.

Dans le même ordre d'idées, Green et Lindy (1994) mentionnent que bien qu'il soit difficile de distinguer les désastres naturels des désastres technologiques au plan de leurs impacts immédiats, la persistance des réponses à ces événements peut les particulariser ; les effets des désastres naturels semblent ne plus être détectables après deux ans environ, alors que plusieurs études ont démontré que les effets inhérents à des désastres où l'on constate l'intervention humaine ont perduré plus longtemps. Dans cet ordre d'idées, plusieurs auteurs suggèrent également que les désastres technologiques, ou ceux causés par l'intervention humaine, comparativement aux désastres naturels, provoquent une symptomatologie plus importante (Baum *et al.*, 1983a ; Hodgkinson, 1989 ; Lindy *et al.*, 1981 ; Raphael, 1986). De plus, Green (1982) a aussi évoqué l'aspect de « centralité » des désastres. Le type de désastre le plus central pouvant en être un où la structure entière, physique et organisationnelle, est changée parce que les maisons sont détruites, les gens sont relocalisés dans divers entourages, etc. Un désastre « central » évoque également des effets qui se prolongent à la suite de son passage et d'autres traumatismes subséquents. À son opposé se situe le désastre « périphérique » auquel sont exposées des personnes [28] se retrouvant par hasard au même endroit et après lequel les survivants peuvent retourner dans leurs communautés géographiques respectives.

Rubonis et Bickman (1991) définissent un désastre comme un événement ayant un début relativement soudain et identifiable, causé par des facteurs externes ou environnementaux, et associé à des effets défavorables chez un groupe d'individus. La définition de Bravo et al. (1990a) évoque quant à elle une situation sociale profondément modifiée par un agent physique environnemental qui cause ou menace sérieusement de causer de nombreux décès et blessures, des pertes matérielles ou une souffrance humaine.

Abordant une perspective plus sociologique, un désastre peut être conçu comme une partie d'une plus importante catégorie de stress collectifs survenant lorsque plusieurs membres d'un système social ne reçoivent plus les conditions de vie attendues de ce système (Barton,

1969). Kinston et Rosser (1974) ont eux aussi associé les désastres à des situations massives de stress collectif. En conséquence, la détresse et les perturbations chez l'individu ne pourront être comprises et gérées qu'à travers leur analyse en tant qu'éléments de la perturbation et du déséquilibre d'un ensemble plus complexe qu'est le système social.

En se référant au système social, Sjoberg (1962) définit un désastre comme une perturbation sérieuse, relativement soudaine et fréquemment inattendue des dispositions structurelles normales existantes dans ce système, ou dans ses sous-systèmes, et sur laquelle ce système n'a pas de contrôle réel. On retrouve chez Turner (1976) une approche similaire dans sa définition du désastre ; ce dernier l'associe à un événement concentré dans le temps et l'espace et qui renferme des menaces pour une société ou pour une sous-division autosuffisante d'une [29] société. Cet événement provoque des conséquences indésirables résultant de la rupture de précautions qui avaient, jusque-là, été jugées culturellement adéquates par les membres de cette société.

Burton et al. (1978), ayant intégré les aspects de « risque » et de « choix » dans leur conception des désastres ont plutôt formulé ceux-ci en termes d'équations conceptuelles. Ainsi, l'impact net d'un désastre égalera le total des bénéfiques pour une zone inhabitée moins le coût total de l'impact du désastre, et moins le coût de l'adaptation au risque. Lechat (1979) a associé les désastres à des perturbations qui excèdent la capacité d'ajustement ou d'adaptation des communautés affectées par de telles situations. Selon Murray Parkes (1997a), ce n'est pas tant l'événement lui-même qui constitue le désastre, mais plutôt le phénomène de perturbation des mécanismes ordonnés de nos sociétés. Sociétés qui correspondent à des systèmes de plus en plus complexes où la prise en charge de tous nos besoins et de notre sécurité sont assurés par différents organismes. Lorsque ces systèmes s'effondrent ou que leur fonctionnement est lourdement compromis, les collectivités se retrouvent dans une situation de désastre. La tendance aux regroupements urbains et l'interdépendance, sans cesse grandissante, entre les systèmes technologiques, sociaux et économiques amplifient également l'impact potentiel des désastres sur les populations, sur les activités familiales et quotidiennes d'individus de plus en plus dépendants de ces systèmes (National Geographic Society, 1998 ; North et Smith, 1990 ; Waters et al., 1992). Selon Baum (1987, 1991), les désastres sont des événements sociaux en raison de la perturbation sociale, de la

désorganisation ou de la migration qu'ils causent, ou encore des événements psychologiques qui risquent de générer des traumatismes, de la peur, du stress et des chocs. Leur complexité en rend difficile la définition et il s'avère ardu de les classifier dans des catégories exclusives.

[30]

D'autres auteurs ont également contribué à la différenciation des types de désastres. Logue et al. (1981a), par exemple, divisent les désastres en deux catégories : les désastres naturels qui désignent des événements où interviennent uniquement les forces de la nature, tels les ouragans, les tornades, etc., et les désastres de cause humaine qui impliquent les situations de violence, les famines, les accidents, etc. Ils ont aussi précisé l'extension de la définition des désastres de cette deuxième catégorie pour inclure les événements qui sont les résultats de manquements technologiques ou d'autres menaces à la balance écologique découlant de la technologie ou de ce qui est produit par elle. De tels événements peuvent être généralement de nature chimique, biologique, mécanique, électrique ou nucléaire.

Ayant posé l'hypothèse que, pour bien comprendre et prédire les réactions psychologiques à un désastre, on doit en premier lieu pouvoir différencier un désastre d'un autre selon ses caractéristiques propres, Berren et al. (1980) ont proposé un modèle d'analyse des types de désastre. Leur classification comprend cinq dimensions, soit le type, la durée, le degré d'impact personnel d'occurrence et le contrôle futur. Ces cinq facteurs, même s'ils peuvent sembler dichotomiques, s'intègrent dans un continuum.

Baum et al. (1983a) ont élaboré de façon plus soutenue la différence entre les désastres naturels et les catastrophes technologiques en spécifiant plus précisément les facteurs qui les différencient ou les font se ressembler. D'emblée, ces deux types d'événements s'apparentent par leur soudaineté, leur puissance et leur force de destruction. L'habitude marque davantage les désastres naturels que technologiques, ces derniers étant moins fréquents.

La soudaineté est moins frappante lors de désastres naturels, car généralement ils sont précédés d'une période d'avertissement, [31] quoique des événements comme un tremblement de terre et une tempête peuvent ne fournir aucun signe préalable à leur apparition. Les

catastrophes technologiques sont moins prévisibles et donnent relativement peu de temps pour se préparer ou se mettre à l'abri. Il faut ici préciser que la durée peut être difficilement associée à la soudaineté qui n'inclut pas les suites pouvant en découler. De plus, la fin de l'impact d'une catastrophe technologique s'avère difficile à évaluer.

Au plan de la force, chacun des événements est en lui-même porteur d'un grand potentiel de destruction, de décès et de blessures, et de différentes séquelles aux plans physique, psychologique, social et économique. Dans le cas des désastres naturels, les dommages à la propriété peuvent s'avérer plus visibles et il s'ensuit des phases de reconstruction et de rétablissement.

Le point critique demeure la dernière caractéristique commune aux deux types d'événements et semble relative à une période de temps donnée. Dans le cas d'un désastre naturel, il constitue le moment où le pire est passé mais, paradoxalement, il s'agit du moment où les perturbations et les dommages sont les plus grands. Cela est sans doute dû au premier constat ou à la prise de conscience de l'ampleur de la catastrophe. Lors d'une catastrophe technologique, le point critique, même s'il suppose généralement que les choses iront en s'améliorant, est moins perceptible, car le pire peut être à venir. En effet, dans certains cas, les ondes de l'impact ne peuvent être pleinement constatées avant une période indéterminée (dans le cas d'une exposition possible à des radiations ou à des substances toxiques, par exemple). Baum et al. (1983b) ont également mis en évidence, dans leur différenciation de ces deux types de désastre, les aspects de la perte de contrôle – davantage associée aux désastres technologiques – ou du manque de contrôle – généralement observé lors de désastres naturels – comme variables intervenant dans la symptomatologie et l'adaptation des individus. Les [32] désastres technologiques sont également difficiles à prévoir puisqu'en fait, ils ne sont pas supposés se produire (Baum, 1987,1991). Le tableau 1 rend également bien compte des différences entre les désastres naturels et ceux qui sont d'origine humaine.

Lazarus et Cohen (1977) regroupent quand à eux les désastres naturels et les événements stressants en se référant à la soudaineté, caractère unique, qui demande une réponse d'adaptation majeure aux individus ou groupes vivant ces types d'expériences. Excluant l'aspect de la nature du désastre (naturel ou de cause humaine), Wilson et al. (1985) proposent dix dimensions selon lesquelles peuvent être évalués

les effets sur la santé psychologique des victimes : le degré de menace à la vie, le degré de deuil ou de perte de quelqu'un de significatif, la vitesse de la survenue, la durée du traumatisme, l'évaluation du domicile ou de la communauté, le potentiel de récurrence ou la menace toujours présente, l'exposition à la mort et à la destruction, rôle de la personne dans le traumatisme, la proposition de la communauté affectée par le traumatisme et les réponses organisationnelles à l'événement. Bromet et Dew (1995) mentionnent également l'importance de tenir compte du contexte socioculturel dans lequel s'inscrit le désastre afin de mieux évaluer les impacts sur la santé psychologique.

Quarantelli (1985) a par ailleurs défini un désastre comme un événement de crise où la demande à l'organisme humain est supérieur à sa capacité de réponse. Selon le paradigme sociologique envisagé par l'auteur, il se dégage huit dimensions du désastre qui peuvent potentiellement créer ou exacerber les problèmes de santé psychologique. Les caractéristiques de ces dimensions sont succinctement définies dans le tableau 2.

Les désastres collectifs peuvent aussi être classifiés, selon Smith et North (1993), dans deux catégories distinctes : les dé-

[33]

Tableau 1
Sommaire des caractéristiques des désastres naturels ou d'origine humaine

[Retour à la table des matières](#)

CARACTÉRISTIQUES	TYPES DE DÉSASTRES	
	Désastre naturel	Désastre d'origine humaine
Soudaineté	Souvent soudain, peut être précédé d'avertissement	Peut être soudain ou se prolonger
Force d'impact	Habituellement fort	Habituellement fort
Dommages visibles	Cause habituellement des dommages et des pertes	Peut ne pas causer de pertes ou de dommages
Prévisibilité	Peut être prévisible	Peu prévisible
Point critique	Clair	Difficilement perceptible
Perception de contrôle	Absence ou manque de contrôle	Incontrôlable mais potentiellement contrôlable, peut résulter d'une perte de contrôle
Étendue des effets	Habituellement limités aux victimes	Perte de confiance et de crédibilité des victimes et du public envers les agents humains
Persistance des effets	Jusqu'à un an, le plus souvent aigus	Peuvent être chroniques, incertitude à long terme

Source : Baum, A. (1991), Toxins, Technology and Natural Disasters, in Alan Monat et Richard S. Lazarus (Eds.) *Stress and Coping - an Anthology, third edition*, Columbia University Press, New York : 97-139.

[34]

sastres intentionnels, soit les guerres, les actes de terrorisme, etc. et les désastres accidentels. Ces derniers se recoupent en deux sous-catégories : les désastres naturels et les désastres technologiques. Les désastres naturels n'incluent pas de facteurs d'intervention humaine, mais dans les désastres technologiques, celle-ci transparaît sous forme de négligence, d'omission, d'accident ou d'ignorance. Les auteurs énoncent aussi qu'il est parfois difficile d'établir une distinction claire entre ces sous-catégories d'événements.

Les désastres et les événements traumatisants

[Retour à la table des matières](#)

Certains auteurs (Murphy, 1986 ; Norris, 1990 ; Solomon et Canino, 1990) utilisent davantage le terme événement traumatisant pour couvrir les désastres, dans leurs domaines de recherches respectifs. L'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, 1987) définit ainsi un événement traumatisant : « [...] qui se situe à l'extérieur des expériences humaines habituelles et qui peut être visiblement affligeant pour n'importe qui [...] » (p. 250). Selon cette approche, certaines expériences sont qualifiées a priori de traumatisantes. Citons par exemple les menaces à la vie, les destructions que l'on peut constater dans le cas de désastres naturels et technologiques.

En accord avec cette définition, Murphy (1986) associe les désastres aux événements les plus traumatisants expérimentés par les individus. L'auteur les présente également comme une « série d'événements catastrophiques », bien qu'ils soient souvent vus et étudiés comme des épisodes uniques. Cette « série » peut inclure les avertissements producteurs de stress, les impacts menaçants pour la vie et les rétablissements prolongés traumatisants. L'auteur adhère ainsi d'une certaine façon au modèle d'analyse proposé par Berren et al. (1980), abordé précédemment, et à sa conceptualisation d'un désastre, laquelle s'inscrit dans un continuum d'événements.

[35]

Tableau 2
Les caractéristiques des dimensions d'un désastre
agissant sur la santé psychologique

[Retour à la table des matières](#)

La proportion de population touchée	S'adresse davantage à l'étendue sociale qu'à l'aspect géographique du désastre. Plus la proportion de la population touchée est importante (identifiée en termes sociaux), plus le désastre peut engendrer des problèmes psychologiques.
La position centrale sociale de la population affectée	Il importe de considérer la position sociale centrale ou périphérique des victimes affectées en relation avec la communauté géographique. Le manque de soutien post-impact dont souffrent les victimes socialement périphériques provoque des conséquences négatives importantes sur la santé psychologique.
La durée de l'état de crise pour la population affectée	Plus la population est touchée longuement par la menace, plus ses membres doivent s'ajuster à celle-ci (incluant une désensibilisation). Les conséquences sur la santé mentale sont liées à la durée de l'état de crise.
La rapidité de l'arrivée de la population en crise	La population arrive lentement en crise (cela exclut les désastres très soudains) et s'adapte à celle-ci. Lorsque l'arrivée est très rapide (désastres soudains), l'adaptation est plus difficile et augmente les probabilités de conséquences négatives sur la santé psychologique.
La prévisibilité de la crise	Certaines crises sont prévisibles, d'où un état de crise anticipé. Ainsi la culpabilité sera ressentie, affrontée et exprimée différemment. Lors de crises inattendues, plus troublantes psychologiquement, la communauté est amenée à éprouver de la difficulté à briser la routine « normale » et les mécanismes d'adaptation suscités génèrent un stress considérable et des conséquences négatives.
La non-familiarité de la crise	Une faible prévision jumelée au phénomène de « l'étrangeté » recèle un potentiel troublant important.
[36]	Les scènes non familières de tous genres peuvent occasionner des problèmes psychologiques et un dysfonctionnement comportemental chez les victimes d'un désastre.

La profondeur de l'état de crise de la population dans un désastre	Il est possible de considérer certains types de pertes (décès, perte de domicile, etc.) comme étant des indicateurs de l'impact d'un désastre. Cependant, la nature relative de ce qui est touché peut être plus importante que les traits absolus.
La récurrence de l'État	Les victimes habituées aux désastres apparaissent moins troublées que celles qui y sont moins souvent ou rarement confrontées ³ . Les premières incorporent ces expériences dans leurs attitudes et comportements individuels. Cependant, si elles ne sont pas « quasi-routinières », elles peuvent devenir source de tension et de stress psychologique.

Source : Quarantelli, E.L. (1985), *What is Disaster ? The Need for Clarification in Definition and Conceptualization in Research*, in Sowder, Barbara J., *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, National Institute of Mental Health, Center for Mental Health Studies of Emergencies, 214 p.

Dans le même ordre d'idées, Rangell (1976) fait référence à l'aspect « cumulatif » du traumatisme à la suite de la prise de conscience de la destruction. Berren et al. (1980) ont également utilisé le terme « événements catastrophiques » pour définir les désastres de tous types. Mentionnant que ce ne sont pas tous les désastres qui sont naturels et que plusieurs auteurs ont tendance à utiliser de façon synonyme les termes « désastres » et « désastres naturels », ils proposent que les désastres sont les résultats d'événements catastrophiques qui se situent entre deux extrêmes. Les désastres peuvent donc s'échelonner entre un « acte de Dieu », c'est-à-dire un désastre purement naturel (par exemple un tremblement de terre) et un désastre résolument perpétré par l'homme (par exemple l'Holocauste). La plupart [37] des désastres se situent entre ces deux extrêmes et sont le résultat d'événements où sont interreliées les forces naturelles et l'intervention humaine (par exemple le désastre de Buffalo Creek⁴). Bolin (1989) a également

³ Bolin (1982) fait référence à une sous-culture du désastre pouvant s'avérer protectrice contre la mortalité et les blessures.

⁴ Le désastre de Buffalo Creek, petite vallée de l'ouest de la Virginie, a intéressé de nombreux scientifiques (Baum, 1987, 1991). En 1972, après des pluies de

évoqué un tel aspect combinatoire dans sa conceptualisation des désastres, mentionnant qu'il n'était pas rare de constater d'autres ruptures environnementales à la suite d'un événement naturel.

Pour qualifier un événement de « traumatisant » Breslau et Davis (1987) ainsi que Solomon et Canino (1990) soutiennent que ce qui est important, c'est l'aspect choquant de l'événement, peu importe la forme ou la catégorie à laquelle il appartient. En prolongement de cette perspective se situent les symptômes de stress post-traumatique. Une définition plus restrictive amène la présence d'un agent externe à l'événement. Celui-ci s'intégrera alors dans une population d'événements constituant des rencontres brutales avec la nature, la technologie ou avec l'espèce humaine (Norris, 1990). Cette approche rejoint certaines caractéristiques élaborées précédemment par Baum et al. (1983a), car elle inclut les aspects de soudaineté et de force extrême en y ajoutant la présence d'un agent externe. L'événement traumatisant comprend bien souvent de la violence interpersonnelle, mais inclut diverses formes de menaces à la sécurité publique (désastres naturels et technologiques).

Dans cet ordre d'idées, les événements traumatisants sont un sous-ensemble d'une population plus large d'événements de la vie qui se rejoignent par les aspects communs qui peuvent les faire se ressembler. Les événements traumatisants peuvent faire par la suite l'objet d'une définition plus objective, débouchant sur les états subjectifs de stress qui en découlent, et sur leur portée quant au questionnement empirique qu'ils suscitent (Norris, 1990). S'intéressant à cette question, McFarlane et DeGirolamo (1996) ont mentionné que les stressseurs traumatiques se divisent en trois catégories. Les désastres apparaîtraient [38] à la première qui les définit comme étant limités dans le temps et caractérisés par l'imprévu et leur intensité.

Le concept de désastre n'est pas statique (Eranen et Liebkind, 1993). Avec l'évolution croissante des travaux et de l'intérêt porté à ce champ de connaissance, l'étude de l'impact d'un désastre en fonction

plusieurs jours, la rupture d'un barrage construit par une compagnie minière entraîna un déferlement, dans la vallée, d'eau et de matières composées de rejets et débris miniers. Cent vingt-cinq personnes perdirent la vie, un grand nombre de personnes furent blessées et plus de 4 000 des 5 000 maisons de la vallée furent détruites.

seulement de ses considérations physiques est largement dépassé. Les aspects psychosociaux de tels événements préoccupent de plus en plus les chercheurs. À cet effet, Quarantelli (1985) mentionne que, lors d'un désastre, ce n'est pas essentiellement la destruction physique qui entre en considération, mais la perception des individus ou leur expectative psychologique concernant la menace dirigée vers leurs ressources personnelles, sociales ou environnementales. La recherche menée lors de désastres constitue également une épreuve pour les chercheurs. Dans bien des situations, ils ont à effectuer leur travail dans un environnement où leur sécurité physique et leur bien-être émotionnel sont mis à l'épreuve. La réalisation d'étapes ou d'expériences menées directement sur le terrain pendant ou peu de temps après l'événement les confronte bien souvent à des situations dramatiques où règnent le chaos et la destruction (Smith, 1996b). Le tableau 3 résume les différentes définitions des termes désastres, catastrophes naturelles et technologiques ainsi que du terme événements traumatisants.

Les étapes et les phases reliées aux désastres et aux événements traumatisants

[Retour à la table des matières](#)

Selon Powell et Rayner (1952), un désastre peut être divisé en plusieurs périodes dont la durée peut varier selon chacune d'elles : l'avertissement, la menace, l'impact, l'inventaire, les secours, le soulagement et le rétablissement. La période de soulagement (remedy) qui suit les opérations de secours immédiates (rescue) est la période durant laquelle plus d'activités délibérées et formelles sont entreprises pour soulager la population. Ces auteurs ont décrit la période de rétablissement (recovery period)

[39]

Tableau 3

**Les définitions des termes « désastres ».
« catastrophes naturelles et technologiques »
et « événements traumatisants » selon certains auteurs**

[Retour à la table des matières](#)

Auteur

Barton, A.H. (1970). *Communities in Disaster*, New York, Anchor Books : 38.

Définition

L'auteur définit les désastres comme étant une partie d'une plus large catégorie de situations de stress collectif qui surviennent lorsque plusieurs membres d'un système social ne reçoivent pas les conditions de vie attendues de ce système.

Auteurs

Powell, J.W. et Rayner, J. (1952). Progress Notes : *Disaster Investigation*, July, 1, 1951, June 30, 1952, Edgewood, Maryland, Army Chemical Center, Chemical Corps Medical Laboratories.

Définition

Les auteurs ont suggéré une certaine division d'un désastre en plusieurs périodes : 1) avertissement, 2) menace, 3) impact, 4) inventaire, 5) secours, 6) soulagement, 7) rétablissement. La période de soulagement (remedy) qui suit les opérations de secours immédiates (rescue) est la période durant laquelle plus d'activités délibérées et formelles sont entreprises pour soulager la population. Ces auteurs ont décrit la période de rétablissement (recovery period) comme une période pendant laquelle les individus et la communauté recouvrent leur stabilité précédente ou achèvent leur adaptation aux conditions changées par le désastre. La durée de cette période peut varier de plusieurs mois à plusieurs années suivant le désastre, et sa fin est plus ou moins subjectivement définie.

[40]

Auteurs

Baum, A. et al. (1983). Coping with Victimization by Technological Disaster, *Journal of Social Issues*, 39 (2) : 117-138.

Définition

Les désastres technologiques seraient définis comme des accidents impliquant l'écroulement de systèmes élaborés par les humains.

Auteurs

Baum, A. et al. (1983). *Environment and behavior*, 15 (3), may, Sage publications, Inc. : 333-354.

Définition

Désastre naturel et catastrophe technologique

Ces deux événements s'apparentent par leur soudaineté, leur puissance et leur pouvoir de destruction. Les désastres naturels sont des événements familiers. Ils incluent des assauts climatiques et météorologiques forts et soudains ; ce sont les blizzards, les inondations, les ouragans et les tornades, etc. Les avalanches, tremblements de terre, glissements de terrain, etc. sont aussi des catastrophes naturelles. Les catastrophes biologiques sont des fléaux et des destructions de récoltes. Ces événements peuvent apparaître n'importe où ; néanmoins, certains ont tendance à survenir dans des régions particulières. Certaines caractéristiques leur sont rattachées :

1. *La soudaineté* : ils surviennent habituellement très rapidement et de façon inattendue, notre habileté à les prévoir est aussi moindre. Le temps d'avertissement est d'environ quelques heures, même si certaines tempêtes sont totalement imprévisibles. Certains, comme les tremblements de terre, ne donnent pas de possibilité d'avertissement.
2. *La force* : les désastres naturels sont aussi très forts. Ils peuvent avoir une magnitude causant la mort et une grande destruction.
3. *La destruction* : la force du désastre est aussi reflétée dans le fait de causer des dommages visibles à la propriété. Il s'ensuit une période de reconstruction et de rétablissement.
4. *La prédictibilité* : certaines formes de désastres sont prédictibles. Les inondations sont souvent prévues plusieurs jours avant d'atteindre leur sommet.
5. *Le point faible* (« low point ») : une autre caractéristique des désastres naturels est ce que nous avons convenu d'appeler le « low point » : à ce moment donné, le pire est passé. C'est aussi le moment où les dommages et les perturbations sont les plus grands.

[41]

Les catastrophes technologiques sont moins fréquentes, donc moins familières. Comme les désastres naturels, elle incluent la force et la soudaineté qu'on peut constater dans les effondrements de ponts, les ruptures de digues, les accidents industriels et les collisions marines. Elles peuvent aussi inclure l'aspect toxicité dans certains cas.

Les catastrophes technologiques font référence aux caractéristiques suivantes :

1. *La soudaineté* : l'impact de ce type de désastre est soudain et il y a généralement peu d'avertissement et peu de temps pour se mettre en sécurité. La durée est

une autre question puisqu'elle ne peut qu'être difficilement associée à la soudaineté qui n'inclut pas les suites qui peuvent découler ou la fin de l'impact qui peut être plus difficile à évaluer dans ce type de désastres.

2. *La force* : les catastrophes technologiques sont aussi très fortes et peuvent causer une plus grande dévastation.

3. *La prédictibilité* : la technologie n'est pas construite pour se détruire. Cela peut sembler simpliste, mais c'est actuellement important. Parce qu'elles sont supposées ne jamais se produire, ces catastrophes sont difficiles à prédire. Les digues ne sont pas supposées se rompre : on ne peut donc généralement prédire quand de telles structures s'effondreront. Bien que l'inspection et l'examen d'une digue puissent suggérer un affaiblissement possible, bien souvent ces signes d'avertissement ne peuvent être anticipés.

4. *Le point faible* (« low point ») : il appert que certains désastres technologiques les plus importants peuvent aussi être ceux sans point faible, par exemple, dans le cas où les gens croient avoir été exposés à des radiations. Ceux-ci demeurent incertains du degré de dommage qu'ils peuvent avoir subi. Un « low point » indique qu'à partir d'un certain moment, les choses iront en s'améliorant. Dans le cas d'un désastre technologique, ce n'est pas souvent le cas, le pire peut être à venir.

[42]

Auteurs

Belter, R.W. et Shannon, M.P. (1993). Impact of Natural Disasters on Children and Families, in C.F. Saylor, *Children and Disasters*, Charleston, South Carolina : 85-103.

Définition

Un désastre, de quelque sorte que ce soit, est identifié par les caractéristiques de l'événement et de l'impact et l'extension des dommages causés, tant physiques, sociaux que psychologiques. Un événement qui se situe à l'extérieur du monde ou de l'expérience quotidienne, qui affecte un grand nombre de personnes et cause des dommages assez sérieux pour susciter des demandes ou des menaces qui excèdent les ressources et les habiletés à s'adapter, peut être classifié comme un désastre.

Auteur

Bolin, R. (1989). Natural Disasters, in R. Gist et B. Lubin (eds), *Psychological Aspects of Disaster*.

Définition

Selon l'auteur, les désastres naturels constituent une catégorie d'événements environnementaux qui, périodiquement, et avec des degrés d'intensité variables, exposent les systèmes humains à une variété de stress et de ruptures. Il est toutefois compliqué dans certains cas de faire la différence entre un désastre naturel et

un désastre où l'humain a joué un rôle. En tant qu'agent stressueur collectif, un désastre naturel semble créer une dynamique sociale différente de celle créée par d'autres agents.

Auteurs

Bravo, M. et al, (1990). Methodological Aspects of Disaster Mental Health Research, *International Journal of Mental Health*, 19 (1) : 37-50.

Définition

Désastre : une situation sociale sévèrement modifiée par un agent physique environnemental qui cause ou menace sérieusement de causer de nombreux décès et blessures, des pertes matérielles et une souffrance humaine.

[43]

Auteurs

Kingston, W. et Rosser, R. (1974). Disaster : Effects on Mental and Physical State, *Journal of Psychosomatic Research*, 18 : 437-456.

Définition

Les auteurs définissent les désastres comme des situations massives de stress collectif. Les auteurs mentionnent aussi que les phénomènes psychologiques d'un désastre sont les conséquences des réactions de stress chez un individu combinées aux réactions de changements du milieu. En conséquence, la détresse psychique et la perturbation du comportement de l'individu ne peuvent être pleinement comprises ou gérées si celles-ci ne sont pas analysées comme des éléments de la perturbation et du déséquilibre du système social. Les auteurs signalent aussi que les réactions des enfants doivent être comprises à travers la dynamique familiale (le contexte) ; dans les phases suivant immédiatement le désastre, leurs réactions sont en fonction de la façon dont la réalité est filtrée à travers eux et ils sont le miroir de leurs parents. La plus importante crainte est la séparation des parents (à tous les âges). Si celle-ci ne survient pas et que les parents s'adaptent bien, les enfants démontreront une crainte minimale du danger et peu d'anxiété. Les auteurs identifient les enfants de 8 à 12 ans, ayant une histoire de maladie physique ou émotionnelle, et provenant de famille instable, comme étant les plus à risque. Ils identifient aussi un autre groupe à risque : les personnes âgées, qui sont susceptibles de moins recevoir les avertissements (les reçoivent plus tard), veulent moins quitter leur domicile, centrent davantage leur attention sur leur famille immédiate et moins sur les autres membres de la communauté, et sont plus particulièrement à risque pour les blessures physiques, mais moins pour les dommages psychiatriques, quoique de brèves réactions de dépression agitée avec confusion soient communes. En général, les personnes âgées vivent un sens de privation plus profond que les plus jeunes ; cela reflète l'improbabilité réelle que leur état ne revienne à la même forme qu'avant.

Les gens âgés : quoique qu'il fut démontré de façon évidente que les désastres altèrent les affects, les idées, les attitudes et la santé physique de ceux qui sont exposés, il y a peu de littérature orientée sur les aspects psychiatriques. Les réactions sont souvent de l'incapacité fonctionnelle, la somatisation et de réelles maladies physiques qui conduisent le patient à consulter, et peu de patients sont identifiés comme des patients psychiatriques avec des anormalités formelles de leur état mental. En ce qui a trait à la réponse au stress, la plus commune est la névrose de stress post-traumatique.

[44]

Auteurs

Logue, J.N., Melick, M. et Struening, E.L. (1981). A Study of Health and Mental Health Status following a Major Natural Disaster, *Research in Community and Mental Health*, 2 : 217-274.

Définition

Les désastres sont habituellement divisés en deux catégories : naturels et de cause humaine, dépendamment de l'agent causal. Récemment, la définition des désastres causés par l'homme a été étendue pour inclure les événements qui sont le résultat de manquements technologiques ou d'autres menaces à la balance écologique, lesquels sont le résultat de la technologie ou de ce qui est produit par elle. De tels événements peuvent être de nature chimique, biologique, mécanique, électrique ou nucléaire, pour citer le plus d'exemples possible. La période de rétablissement est définie par les auteurs comme étant l'intervalle de temps s'étendant de l'impact à environ deux ans de post-impact.

Auteur

Norris, F.H. (1992). Epidemiology of Trauma : Frequency and Impact.... *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (3) : 409-418.

Définition

Quelques aspects sont retenus pour la définition de l'événement traumatisant. Il y a, par ailleurs, un débat sur ce qui constitue exactement un événement traumatisant. Déf. : l'American Psychiatric Association (1987) définit un événement traumatisant comme étant un événement " qui se situe à l'extérieur de l'échelle des expériences humaines habituelles et qui peut être visiblement affligeant pour presque n'importe qui " (p. 250). Selon cette vision, certaines expériences sont qualifiées *a priori* comme traumatisantes (par ex. : menace à la vie, destruction de maison, etc.) tandis que d'autres ne le sont pas (par ex. : divorce, maladie, etc.).

Breslau et Davis (1987) et Solomon et Canino (1990) ont plutôt soutenu que ce qui est important, c'est si l'événement produit un choc chez l'individu, peu importe sa forme. En accord avec cela, un événement traumatisant devrait être

défini comme n'importe quel événement qui produit les symptômes de stress traumatique (intrusion, engourdissement et éveil).

Pour les objectifs de recherche, Norris (1990) a proposé une définition plus restrictive, comme la population d'événements impliquant de violentes rencontres avec la nature, la technologie ou l'espèce humaine.

[45]

L'auteure a davantage défini un événement violent comme étant un événement qui marque par sa soudaineté ou sa force extrême et qui implique un agent externe. La violence interpersonnelle peut être l'exemple le plus manifeste, mais la définition inclut facilement d'autres menaces à la sécurité publique comme un incendie, un désastre, une évacuation et les accidents de véhicules. En partant de cette perspective, les événements traumatisants sont un sous-ensemble d'une plus large population d'événements de la vie, regroupés ensemble, car ils renferment des propriétés communes. Les événements traumatisants sont ensuite définis objectivement, laissant leurs conséquences pour des états subjectifs de stress comme un problème empirique. Bien sûr, il est raisonnable d'assumer que n'importe quel événement dans cet ensemble est capable de renfermer une peur ou une aversion extrême.

Malgré certaines limitations, la recherche épidémiologique sur les traumatismes est croissante depuis les dernières années. Ces études ont mis l'accent sur la prévalence du SSPT à la suite d'expériences spécifiques comme les désastres (Robin et *al.*, 1986 - 4%) et les vétérans du Vietnam (Kulka et *al.*, 1990 - 15%). Les premiers estimateurs de la prévalence totale de SSPT dans la population générale ont été Helzer, Robins et McEvoy (1987). Selon les outils utilisés, le DIS et le ECA Saint-Louis Site, il appert que seulement 1% de la population totale rencontre tous les critères pour le SSPT à vie. Davidson, Hughes, Blazer et George (1991), utilisant le Piedmont ECA, arrivent à des résultats similaires. La mesure du DIS fut contestée par Solomon et Canino et par Kulka et *al.* (1990) et révisée. Utilisant une version révisée chez un échantillon de 1 000 adultes de 21 à 30 ans, Breslau et *al.* (1990) ont conduit une étude repère dans ce domaine. Leurs estimés de la fréquence d'événements traumatiques (39%), de la prévalence à vie de SSPT chez la population exposée (24%) et de la prévalence à vie de SSPT chez la population générale (9%) excédaient de loin les estimés précédents. Ils ont aussi estimé le SSPT chronique à 3,4%, ce qui correspond à plus du tiers du taux de prévalence à vie.

Auteurs

Rubonis, A.V. et Bickman, L. (1991). Psychological Impairment in Wake of Disaster : the Disaster-psychopathology Relationship, *Psychological Bulletin*, 109 (3) : 384-399.

Définition

Selon les auteurs, un désastre est défini comme un événement avec un début relativement soudain et identifiable qui est causé par des facteurs externes ou environnementaux et qui est associé à des effets défavorables chez un groupe d'individus.

[46]

comme une phase pendant laquelle les individus et la communauté recouvrent leur stabilité précédente ou achèvent leur adaptation aux conditions changées dans lesquelles doivent s'effectuer les activités de la vie quotidienne après le désastre. La durée de cette période peut varier de plusieurs mois à plusieurs années après l'événement, et la fin de celle-ci semble plus ou moins subjectivement définie. En effet, l'événement peut demeurer omniprésent dans la mémoire individuelle et collective malgré le fait que les victimes guérissent psychologiquement et physiquement, ou apprennent à composer avec ce qui leur est arrivé.

La période de rétablissement peut aussi être assimilée au post-impact et certains auteurs la situeront comme étant l'intervalle de temps entre l'impact jusqu'à environ deux ans après ce dernier (Logue *et al.*, 1981)⁵. Certains chercheurs ont par contre observé que cette période est davantage associée à une augmentation de la détresse, laquelle se résorbera dans les cinq années suivant le désastre (Lima *et al.*, 1989, 1990, 1993). Toutefois, selon les recherches effectuées, cette période qu'on qualifie aussi de post-désastre peut s'étendre de un à dix ans après l'événement (Murphy, 1986). Certains chercheurs en situent la prolongation jusqu'à treize ans (Zhang et Zhang, 1991)⁶ ou encore dix-sept ans (Green *et al.*, 1994), alors que d'autres, comme l'a

⁵ Certains chercheurs ont par contre observé que cette période est davantage associée à une augmentation de la détresse, laquelle se résorbe dans les cinq années suivant le désastre (Lima *et al.*, 1989, 1990, 1993).

⁶ Ces auteurs ont noté qu'à la suite d'un tremblement de terre ayant fait plus de 250 000 morts, les effets négatifs sur le bien-être psychologique étaient toujours présents treize ans après l'événement.

proposé Golec (1983) par exemple, échelonneront les modèles de rétablissement typiques sur trois ans, suggérant également que l'après-désastre comporte trois phases : l'urgence, la reconstruction et le rétablissement. Si nous effectuons un retour sur une description d'un des précurseurs de la recherche sur les désastres, la période post-impact peut aussi s'étendre de quelques jours jusqu'au reste de la vie des personnes (Tyhurst, 1951) ⁷.

La période dite « de rétablissement » ne correspond pas toujours à la fin des perturbations. Les événements survenant dans le prolongement du désastre peuvent en eux-mêmes constituer [47] une seconde catastrophe porteuse de stress pouvant se transformer en effets négatifs sur la santé mentale ou physique (Melick *et al.*, 1982). Ces événements peuvent s'identifier à la relocalisation, aux démarches reliées au recouvrement des pertes encourues auprès des assureurs, des municipalités ou des autres intervenants, à la reprise normale d'activités dans un contexte perturbé.

Au plan personnel, les personnes affectées par les désastres semblent passer par différentes étapes. Selon le National Institute of Mental Health (NIMH), ces étapes ou phases se définissent comme suit : la phase héroïque de la première semaine suivant le désastre, la phase lune de miel qui suit la première semaine et s'étend jusqu'à six mois,

⁷ Carlton (1980) apporte aussi certaines spécificités des phases de pré-impact, d'avertissement, d'impact, de recul et de post-impact inspirées des travaux de Tyhurst (1951). Le pré-impact est caractérisé par la possibilité qu'un désastre survienne en raison d'activités humaines comportant un risque ou de certains facteurs environnementaux ou physiques d'un lieu spécifique. Le déni et le fatalisme, associés à la non-préparation, caractérisent aussi cette phase. La phase d'avertissement est marquée par l'imminence du danger, phase où la préparation, la planification, la communication et le leadership augmentent les probabilités de l'efficacité des opérations qui suivront. L'impact, ce sont les retombées ou les effets mêmes du désastre. C'est aussi une phase majeure de stress où seulement 12% à 25% des individus agissent efficacement. Le recul constitue la période initiale de réintégration. La communication, le leadership, la cohésion et le support sont primordiaux afin de bien reconnaître ou d'identifier les réactions normales ou anormales au stress vécu. C'est généralement l'étape où prend fin le stress primaire, mais où de multiples stressseurs secondaires peuvent se manifester. La phase dite de post-impact peut durer des mois ou des années. Certains sentiments ou réactions négatives (douleur, dépression, culpabilité, etc.) peuvent prendre des proportions pathologiques et se transformer en désordres psychiatriques.

la phase de désillusion qui s'échelonne de six mois à un ou deux ans et la phase de reconstruction ou de rétablissement que l'on situe de un à deux ans après l'événement (Ollendick et Hoffman, 1982). Raphael (1975) a pour sa part fragmenté les différentes phases vécues par les victimes en six étapes : 1) la période initiale d'incrédulité ; 2) la prise de conscience graduelle ; 3) la période de protestation ; 4) la prise de conscience réelle des dommages ; 5) l'expression de la colère et de la culpabilité ; 6) l'expression des sentiments éprouvés.

Selon Perry (1985), trois types de comportements se dégagent des suites immédiates d'un désastre. Le premier type de comportement correspond au syndrome du désastre ou ce que l'on appelle la réaction de choc qui ne dure que quelques heures et n'affecte qu'une partie mineure de la population. Ce premier type de comportement est plus courant dans les désastres marqués par l'imprévisibilité où l'on constate quantité de décès et de blessures et pas d'issue possible. Le deuxième évoque un comportement que l'auteur qualifie plutôt de mythique (véhiculé entre autres par l'industrie cinématographique) et incluant une fuite et un affolement général ⁸. Le dernier englobe la présence de la communauté thérapeutique ⁹ qui fait [48] état d'un phénomène de ralliement et d'entraide des individus et qui est de courte durée.

Pendant les semaines suivant le désastre, la communauté réagit de façon altruiste, avec cohésion, et relativise la dévastation causée par le désastre. Cette étape est associée à ce que certains identifient comme la « lune de miel » ¹⁰. L'euphorie d'avoir survécu, le déni des pertes, la tombée des barrières sociales et le renforcement mutuel par le partage de l'expérience vécue sont associés à cette étape (Carr et al., 1992) ¹¹.

Selon Raphael (1986), bien que la panique soit rare en de telles circonstances, elle serait liée au danger immédiat, à l'incapacité de fuir

⁸ Barton (1969) a par ailleurs fait mention du rôle important qu'a joué la recherche dans la lutte à ce comportement stéréotypé. Quoiqu'il ait fait mention de son abolition, il n'en demeure pas moins qu'il semble encore fortement véhiculé.

⁹ Barton (1969) a également explicité davantage le concept de communauté thérapeutique.

¹⁰ Voir B. Raphael (1986).

¹¹ Cette étude fut réalisée auprès de 3 718 sujets à la suite du passage de l'ouragan Agnès en 1972.

et à l'isolement. L'impossibilité de communiquer, l'incertitude, la confusion et l'impuissance sont également des vecteurs possibles de panique. Abondant dans ce sens, Singer (1982) énonce que celle-ci n'est pas une réaction commune, la majorité des sinistrés adoptant des comportements démontrant la capacité à s'organiser et à réagir de façon adéquate. Cependant, lorsqu'elle se manifeste, elle peut être contagieuse.

Aptekar (1994) suggère quant à lui trois étapes relatives au désastre, incluant le pré-désastre et le post-désastre. La première étape englobe toutes les actions et interventions visant à préparer la communauté et les individus (formation des intervenants, législation, etc.), la deuxième est constituée de la réaction au désastre (intervention immédiate, évacuation, les premières réactions psychologiques, etc.), et finalement la dernière correspond au rétablissement des individus et de la communauté (reconstruction, relocalisation, etc.).

Robichaud, Maltais, Lalande, Simard et Moffat (2000) ont, pour leur part, constaté, à la suite de deux différentes études réalisées auprès de victimes des inondations de juillet 1996, qu'une catastrophe représente, pour les sinistrés, une suite d'événements [49] qui engendrent de nombreuses difficultés. Ils ont pu également, à travers le discours des répondants, saisir la propre définition que font ces derniers du terme sinistré. C'est ainsi que pour les victimes des catastrophes, être sinistré, c'est vivre un choc, c'est se rendre compte que l'on n'a plus rien devant soi, en somme que l'on est dépouillé. Au-delà de sa propre souffrance, être sinistré, c'est aussi constater la destruction autour de soi et les conséquences qu'un pareil événement entraîne sur les gens qui nous sont chers : bouleversement de son conjoint, de ses enfants, de ses amis et de ses voisins. De plus, les nombreux déplacements que doivent effectuer les familles afin de se loger temporairement alourdissent le climat familial et font naître un sentiment d'impuissance. À cet itinéraire résidentiel vient s'ajouter la peine occasionnée par les nombreuses pertes : maison, amis, animaux domestiques, jouets, souvenirs personnels. Si la disparition de ces biens plonge les enfants dans la détresse, les parents, eux, ne peuvent dissimuler la tristesse qu'engendre l'incapacité à les consoler.

Être sinistré, c'est aussi continuer à faire face aux autres aléas de la vie. Car, si la chute d'eau s'arrête, la pluie de malheurs, quant à elle, continue de tomber. En effet, pendant cette période de désarroi, des

sinistrés sont confrontés à d'autres situations douloureuses : faillites personnelles, perte d'emploi, maladie, décès d'un proche. Être sinistré, c'est également perdre ses habitudes de vie, sa routine, son confort, son intimité, sa liberté, ses racines. Vivre dans l'angoisse, dans l'insécurité et dans l'inquiétude permanente constitue une contrainte majeure. Le questionnement constant que déclenche la relocalisation, les attentes interminables, les déplacements effectués afin d'obtenir les informations nécessaires représentent d'autres sources de tension considérables.

Et que dire de la course aux centres d'aide afin d'obtenir une assistance ? En plus de se sentir mal à l'aise face à ces organismes, [50] certaines personnes avouent avoir dû supporter des regards distants, parfois arrogants, dans leur hésitation à prendre ou à refuser, par exemple, des biens, des meubles ou des vêtements qui ne leur convenaient pas. D'autres déplorent l'accueil peu chaleureux, le manque de respect et d'écoute reçu de la part des fonctionnaires des divers paliers gouvernementaux. Toujours est-il que toutes ces démarches produisent tantôt des sentiments d'humiliation, tantôt de dépendance. Épuisés, anéantis par l'ampleur des démarches à accomplir avant de pouvoir reconstruire, il faut, en attendant, vivre ailleurs, dans un environnement qui n'est pas toujours adéquat.

En outre, être sinistré, c'est se sentir atteint dans ses valeurs, ébranlé quant au bien-fondé de ses choix comme celui d'investir dans des biens matériels qui, somme toute, présentent un caractère bien éphémère. C'est également supporter le jugement des autres qui se manifeste tantôt dans une perception négative, tantôt par un brin de jalousie. Les suites du désastre ont également apporté leur lot de déceptions. Pour certains, c'est le constat d'une fragilité des liens que l'on pensait solides ; pour les autres, c'est le peu de soutien des amis et de la famille qui interroge et laisse perplexe. Le désenchantement conduit à la rupture des relations qui unissaient auparavant.

Enfin, être sinistré, c'est vivre une foule de difficultés associées à la reconstruction de sa demeure. Les diverses transactions avec les entrepreneurs et la municipalité (nous y reviendrons plus loin), et les retards dans les travaux de l'édification de la maison créent agitation et remous. La crainte de ne pas recevoir l'aide financière promise ne fait qu'amplifier l'inconfort occasionné par un séjour ou un héberge-

ment temporaire qui se prolonge. Bref, être sinistré, c'est entrer dans une zone de turbulence qu'on ne finit plus de traverser.

[51]

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

* Un corpus scientifique important s'est développé au cours des dernières décennies dans le domaine de la recherche sur l'impact des désastres sur la santé biopsychosociale des individus.

- La dimension multidisciplinaire de la recherche sur les désastres enrichit l'apport des chercheurs à la science mais comporte certaines contraintes dont l'ambiguïté, les contradictions et les difficultés de généralisation des résultats.

- On note une diversification dans la conceptualisation des termes « urgence », « sinistre », « désastre », « catastrophe » et « événement traumatisant », mais ils évoquent tous des phénomènes ou des situations hors du commun ayant le potentiel de porter atteinte à l'intégrité des personnes ou des populations touchées ainsi qu'à l'environnement. Ils comportent plusieurs dimensions ou des caractéristiques qui nous permettent de les définir, de les catégoriser ou d'en distinguer les composantes.

- Les désastres intègrent plusieurs phases ou étapes de durées variables pouvant s'échelonner sur plusieurs semaines, mois ou années. De même, les victimes ou les personnes affectées par un désastre traversent généralement divers stades caractérisés par des comportements ou des réactions spécifiques.

[53]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 2

Les désastres et leurs effets sur la santé physique, psychologique et sociale

[Retour à la table des matières](#)

L'ensemble des études recensées dans le cadre du présent volume concernent la santé psychologique, physique et sociale des individus, autant des adultes, des enfants que des personnes âgées ayant vécu différents désastres naturels ou reliés à l'intervention humaine.

La revue des écrits a permis de constater que les études qui démontrent que la santé psychologique des victimes de désastres est peu affectée sont plutôt rares, à l'exception de Lachance (1994), Quarantelli (1990), Quarantelli et Dynes (1977) et Robins *et al.* (1986). Si ces études ont généralement observé des fréquences peu élevées de victimes affectées négativement au plan psychologique, il faut prendre en considération que celles-ci sont des personnes réelles ayant besoin d'aide concrète. Certains chercheurs estiment, par exemple, qu'une fréquence de 11% de diagnostics psychiatriques constatés chez un groupe de sujets est peu élevée (North, 1989) tandis que d'autres proposent que si moins de 15% des victimes conservent des séquelles persistantes, cela correspond à un nombre relativement peu important de personnes affectées (Quarantelli, 1990).

Il semble également que certains des outils d'évaluation ne reflètent pas la dégradation ou l'atteinte réelle à la santé psychologique. Certaines études mentionnent, par exemple, des taux d'état de stress post-traumatique peu élevés (Bravo *et al.*, 1990 ; Garrison *et al.*, 1995 ; Steinglass et Gerrity, 1990), alors que certains outils d'évaluation sous-estimeraient les taux réels dans la population évaluée ou n'incluraient pas certains symptômes correspondant à cet état (Green et Lindy, 1994 ; Van [54] der Kolk, 1996b). Toutefois, la grande majorité des études et articles scientifiques recensés font état d'impacts négatifs sur les différentes catégories de personnes sur lesquelles ils ont porté (Auger *et al.*, 1997 ; Bravo *et al.*, 1990 ; Green *et al.*, 1990a,b ; Smith *et al.*, 1986 ; Solomon et Green, 1992 et autres).

De plus, en regard des effets négatifs supportés par les résultats des nombreux travaux réalisés, et des domaines de spécialisation des auteurs et chercheurs, il demeure difficile, voire presque impossible, de ne pas considérer que les effets négatifs constatés dans un des aspects de la santé (psychologique, physique ou sociale) n'affectent pas d'autres aspects de la vie des individus. Par exemple, une personne souffrant de dépression majeure pourrait réduire ou tout simplement abandonner ses activités ou son engagement social, privant ainsi la communauté de son apport. La mise en évidence des effets de l'état de stress post-traumatique sur la santé physique des victimes a aussi été prise en considération lors de recherches effectuées sur ce syndrome (Friedman et Schnurr ; 1995 ; Hovanitz, 1993 ; McFarlane, 1989a). Certains auteurs mentionnent donc l'importance d'aborder les désastres dans leur dimension globale, holistique ¹², ou dans le contexte du cours de la vie des individus afin de mieux en évaluer toutes les conséquences (Logue et Melick, 1981 ; Thompson *et al.*, 1993). Cette approche permet de reconnaître avant toute chose la souffrance des victimes (Lifton et Olson, 1976), car celle-ci, si elle n'est pas résolue, aura tendance à se transformer en symptômes, comportements et modes de vie dépressifs (Titchener et Kapp, 1976). La perspective de globalité des désastres est par ailleurs bien rendue dans un document gouvernemental produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1994).

¹² Alexander (1991) a proposé qu'une perspective didactique conséquente de l'étude des désastres devait considérer ceux-ci comme des phénomènes entiers et qu'une approche pleinement interdisciplinaire était impérative.

[55]

Les effets des désastres en fonction de modèles théoriques

[Retour à la table des matières](#)

Selon Green (1982), les recherches sur les aspects psychologiques des désastres se sont élaborées en fonction de trois modèles. Deux dimensions principales semblent avoir précédé et guidé l'élaboration de ceux-ci : les aspects affectant le degré de détérioration réelle (les scores et résultats réels) et les aspects risquant d'affecter les taux de dégradation estimée. On peut donc sommairement catégoriser les études portant sur la détérioration psychologique à la suite d'un désastre selon trois types d'informations produites : les études cliniques descriptives qui mettent l'accent sur la description des symptômes, les études explicatives qui tendent à démontrer comment différents facteurs (caractéristiques du désastre, variables sociodémographiques, etc.) interviennent dans la dégradation psychologique et les études épidémiologiques visant davantage la planification des services lors de sinistres (Green, 1982). Bolin (1985) a énoncé quant à lui que les études étaient divisées en deux groupes : celles basées sur les techniques d'études sociologiques et les études orientées cliniquement, les dernières suggérant de considérer la nature du désastre (naturel/humain) en relation avec les effets sur la santé psychologique.

Un modèle antérieur d'analyse fut aussi proposé par Gleser *et al.* (1981) qui suggérait l'étude des effets négatifs à partir des facteurs de dégradation suivants : le degré de menace à la vie, le degré de deuil, le prolongement de la souffrance, le total des déplacements géographiques requis, la proportion de la communauté affectée et la cause du désastre (naturel ou lié à l'intervention humaine).

D'autre part, pour obtenir un portrait d'ensemble des divers effets des désastres, quatre modèles d'études sont proposés : le premier s'intéresse aux caractéristiques du désastre et se base sur les mesures de dommages à la propriété et la relocalisation ; [56] un second propose la considération des variables prédisposantes, comme par exemple les variables démographiques et personnelles ; un troisième, celui de la

diathèse, s'applique aux éléments médiateurs du soutien social ; et, finalement, le modèle compréhensif est centré sur l'évaluation subjective du tort et de la responsabilité (Cook, 1993).

Selon Melick *et al.* (1982), trois catégories de variables sont nécessaires à l'élaboration d'un modèle d'évaluation de la réaction individuelle à un désastre : les caractéristiques du désastre, l'éventail des conséquences sur la santé et les variables qui modifient l'effet du désastre sur la santé.

Certains modèles théoriques ont aussi été élaborés afin d'analyser les répercussions des désastres sur la santé de la communauté. Hobfoll *et al.* (1995) mentionnent que, lors de désastres naturels ou technologiques, bien que la recherche se soit penchée sur les réactions individuelles des victimes face à la dévastation de leur milieu de vie, on s'est peu intéressé à la manière dont les stressseurs agissent sur la communauté ou sur l'ensemble des groupes qui la composent.

La théorie de la conservation des ressources (COR Theory) propose un cadre permettant de comprendre cet aspect. Elle est fondée sur le principe suivant : les individus cherchent à obtenir, retenir et sauvegarder les choses auxquelles ils accordent de l'importance. En relation avec ce principe, le stress psychologique peut se manifester lors de l'une des trois circonstances suivantes :

- lorsque les ressources sont menacées par les pertes ;
- lorsque les ressources sont réellement perdues ;
- et lorsque les ressources sont investies sans gain conséquent, d'où une perte totale.

[57]

Les ressources sont divisées en quatre catégories qui ne sont pas toujours exclusives : les objets, les conditions, les caractéristiques personnelles et les énergies. Le tableau 4 illustre la répartition des ressources à l'intérieur de leurs catégories respectives.

Cette théorie propose également que c'est l'impact du désastre sur les ressources qui engendre le processus du stress et que les perceptions des individus quant à leur possession ou leur maîtrise de ces res-

sources influencent également leurs réactions. S'appuyant sur cette théorie, Freedy *et al.* (1992) ont aussi conclu à une relation entre l'importance des pertes et la détresse psychologique, et croit que l'ampleur des pertes pouvait davantage prédire la détresse que les caractéristiques personnelles et les comportements d'adaptation. Les auteurs ont aussi observé que la perte de ressources contribue au développement d'une détresse cliniquement significative.

Les dommages provoqués par des catastrophes naturelles ou technologiques peuvent aussi être catégorisés sous trois différents types. Les dommages directs, soit les dommages structurels à la propriété et au contenu causés par le contact avec l'élément dévastateur et les dommages indirects qui concernent les pertes de profits ou celles dues à l'absence au travail ainsi que le coût engendré par les perturbations de la circulation. Quant aux dommages intangibles, il s'agit des problèmes de santé physique et psychologique, de l'anxiété vécue par les sinistrés, et des inconvénients généraux qui peuvent se manifester sous ce rapport (Smith *et al.*, 1979).

Hartsough (1985) suggère quant à lui un modèle transactionnel pour l'évaluation de l'impact psychologique de désastres sur la population. Ce modèle propose, entre autres, que la principale source de stress vécu par les sinistrés provient de l'évaluation du risque que peut leur faire encourir l'agent du désastre.

[58]

Tableau 4
Les types de ressources selon la théorie
de la conservation des ressources (COR Theory)

[Retour à la table des matières](#)

CATÉGORIES	RESSOURCES AU PLAN INDIVIDUEL	RESSOURCES AU PLAN DE LA COMMUNAUTÉ
Les objets	La maison, l'automobile, les vêtements, etc.	La présence d'infrastructures comme le réseau routier, les centres d'hébergement communautaires et les équipements d'urgence.
Les conditions	La sécurité d'emploi, le bon état de santé et l'union conjugale solide.	La disponibilité de l'emploi, le degré de services d'urgence et la qualité des liens entre les organisations de la communauté.
Les caractéristiques personnelles	Les traits de personnalité individuels (estime de soi, le sens de la maîtrise, etc.) les habiletés (l'assurance au plan social, le fait d'avoir un emploi spécialisé, etc.).	Les caractéristiques personnelles sont transposées au plan de la communauté (le souci communal, le sens psychologique de la communauté, etc.).
Les énergies	Les ressources financières, la nourriture, la connaissance et le crédit.	Le financement gouvernemental, la connaissance ou l'habileté à agir en situation de crise et les ressources pour se réchauffer et se transporter.

Source : Hobfoll, S.E., S. Briggs et J. Wells (1995), *Community Stress and Resources : Action and Reaction*, in S.E. Hobfoll et M.W. de Vries (Eds.), *Extreme Stress and Communities : Impact and Interventions*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands : 137-158.

[59]

Considérant l'aspect réactionnel de la communauté touchée, l'auteur suggère que celle-ci possède le potentiel d'accroître ou d'atténuer le stress vécu par ses membres. Les efforts des groupes ou des organismes engagés dans les mesures de soulagement peuvent contribuer à favoriser effectivement ce dernier. Ces efforts peuvent toutefois être entravés par des stressseurs comme les délais d'attente ou d'autres genres de frustrations. Les stressseurs secondaires tels les problèmes liés à l'évacuation ou à l'hébergement ¹³ interagissent, selon le modèle proposé, sur le comportement des individus et sur leurs réactions au stress. Baum (1987, 1991) précise également que la recherche sur les désastres peut être catégorisée selon trois tendances principales : l'approche clinique descriptive qui documente la nature des symptômes des victimes, l'orientation épidémiologique qui mesure les taux de détérioration et les conséquences négatives subséquentes sur la santé et, finalement, l'approche quasi-expérimentale qui met l'accent sur les variables psychologiques atténuant ou modérant les réactions et les effets subséquents.

Plusieurs chercheurs ont également fait ressortir des facteurs ou des déterminants de la vulnérabilité aux effets négatifs chez les victimes de désastres. Des caractéristiques individuelles ou d'autres facteurs personnels peuvent ainsi prédire une symptomatologie plus importante chez certains individus ou expliquer les résultats obtenus en regard de cette dernière (Alexander, 1990 ; Baum, 1987, 1991 ; Bolin, 1982 ; Crabbs et Heffron, 1981 ; Drabek et Key, 1982 ; Lystad, 1988 ; Warheit, 1985).

Meichenbaum (1995) a souscrit à un modèle de recherche intégral quant aux facteurs de vulnérabilité aux conséquences psychologiques négatives pouvant être enregistrées lors d'un désastre. Trois grandes catégories de caractéristiques et de facteurs y sont décrites : ceux du désastre (les facteurs objectifs et subjectifs), ceux de la réaction post-désastre et des facteurs [60] environnementaux de rétablissement (les réactions des individus ou des groupes et les réactions des autres indi-

¹³ En ce qui a trait à l'utilisation des abris ou des refuges communautaires, Apterkar (1994) mentionne que ce sont davantage les personnes moins nanties, les personnes âgées et les individus qui ne bénéficient pas de support familial qui ont davantage tendance à les utiliser en situation de désastre ou d'urgence.

vidus engagés) et ceux des individus et des groupes (les caractéristiques pré-désastre). Ces variables font autant appel aux dimensions individuelles que communautaires et sociales en ce qui a trait à l'impact global du désastre. Le tableau 5 présente une synthèse des variables considérées par l'auteur (Meichenbaum, 1995 ; notre traduction : 50-61).

L'impact des désastres sur la santé physique

[Retour à la table des matières](#)

Lorsque les effets des désastres sur la santé physique sont abordés, plusieurs facteurs entrent en considération. D'une part, les symptômes et la pathologie psychologiques et psychiatriques ainsi que les stratégies d'adaptation négative qu'elles peuvent sous-tendre influencent la santé physique. Par exemple, Titchener et Kapp (1976) ont mentionné que chez certains sujets victimes d'inondations, la dépression était canalisée en plaintes somatiques avec une augmentation des ulcères duodénaux et de l'hypertension.

Pour sa part, Smith (1996a) a démontré que l'adoption de stratégies d'adaptation négative, comme par exemple le comportement d'évitement, était associée à plus de symptômes physiques chez les victimes du même type de désastre ¹⁴. Similairement, les conséquences d'un désastre affectent ou produisent des événements de vie qui risquent de se répercuter subséquentement sur la santé physique, tant dans l'année courante que dans la suivante, qui peut amener un repositionnement face à la valeur des événements de la vie. Les aspects économiques du recouvrement des biens peuvent, par exemple, supplanter les relations personnelles ou interpersonnelles chez les sinistrés (Janney *et al.*, 1977). D'autre part, les effets sur la santé physique risquent d'affecter la santé psychologique à plus ou moins long terme (Canino *et al.*, 1990).

¹⁴ Il s'agit ici d'une étude réalisée auprès de victimes des inondations de 1993 qui ont touché, entre autres régions, celles du Missouri et de l'Illinois situées respectivement aux abords des rivières Missouri et Mississippi.

[61]

Tableau 5
Les facteurs de vulnérabilité à une psychopathologie post-désastre

[Retour à la table des matières](#)

LES CARACTÉRISTIQUES DU DÉSASTRE	
Les facteurs objectifs	<ul style="list-style-type: none"> * La proximité du désastre et la durée du stressor * Le degré de danger physique ou de blessure * Le fait d'avoir été blessé intentionnellement * L'exposition à la violence physique * L'exposition à la mortalité soudaine ou violente de quelqu'un de significatif * L'exposition à une situation grotesque ou à des corps mutilés * Le degré des dommages à sa propriété et à celle des autres (5 000 \$ et plus) * Le fait de demeurer exposé à des risques potentiels * L'irréversibilité des pertes de ressources (la perturbation environnementale prolongée) * L'impossibilité de s'échapper ou les choix impossibles à faire * Les souvenirs constants - demeurer sur les lieux ou près de l'épicentre * La visibilité ou l'évidence des blessures ou du traumatisme * La présence d'agents nocifs ou toxiques * Le degré des blessures physiques et le décès des autres ou de proches * Le mode de transmission ou de communication des décès * La description des supports sociaux (immédiats et à long terme)
Les facteurs subjectifs	<ul style="list-style-type: none"> * La perception du désastre lui-même * La perception de l'intensité de la menace à la vie ou à

	<p>l'intégrité physique de l'individu ou de sa famille</p> <ul style="list-style-type: none"> * La perception des exigences physiques et psychologiques générées par le désastre * La perception de la cause du désastre * La perception de la préparation face au désastre * La perception de l'assistance offerte * La perception de sa responsabilité face au désastre (blâme) * La perception des supports sociaux
[62]	
LES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉACTION POST-DÉSASTRE	
Les réactions de l'individu	<ul style="list-style-type: none"> • Les réactions initiales émotionnelles intenses au désastre • Le sentiment d'impuissance durant et après le désastre • Les réactions symptomatiques • La présence d'idéation intrusive continue • Le degré d'endeulement • La présence évidente des efforts de résolution ou d'intégration du traumatisme • La fermeture ou le repli face aux possibilités de partager l'expérience du traumatisme
Les réactions engageant les personnes significatives et les ressources environnementales de rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> • La possibilité de s'ouvrir aux autres pour comprendre et intégrer le désastre • Le manque de soutien social • L'importance du bouleversement ou des déplacements • La perturbation du soutien social • L'impact du désastre sur les pourvoyeurs de soutien social • Le stress de la réception du soutien social • La reprise des activités habituelles - l'exposition à des difficultés continues, telles les responsabilités financières, le manque de transport, la relocalisation et la perte d'emploi • Les réactions de stress des personnes significatives

	<ul style="list-style-type: none"> • Les efforts de la communauté dans la reconstruction et le soutien social • La nature de l'information (confusion, contradiction, transmission, etc.) • La nature du leadership en place dans la communauté * Les facteurs atténuants du rétablissement * La perception des victimes par la communauté (la stigmatisation) * La victimisation secondaire
[63]	
LES CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU ET DU GROUPE	
<ul style="list-style-type: none"> * Les facteurs de risque élevé (la marginalisation, l'isolement géographique, la maladie mentale ou physique, la fragilité et la vieillesse, le fait d'être un sans-abri, le manque de ressources financières ou sociales) * L'histoire antérieure de difficultés d'adaptation aux stressseurs ou à d'autres événements traumatisants * Le passé de difficultés psychologiques (anxiété, dépression, abus de substances nocives) * La présence de comorbidité * L'exposition antérieure à des événements traumatisants, les effets de l'anniversaire de l'événement, la réactivation de conflits irrésolus * L'évidence d'une détresse conjugale et familiale pré-morbide * La vulnérabilité familiale * Le style de communication familiale * L'exposition à des alertes fréquentes * Le degré de préparation à l'événement * L'exposition à des événements de la vie préexistants non traumatisants dans la dernière année * L'exposition à des événements traumatisants au cours de l'ensemble de la vie 	

Source : Meichenbaum, D. (1995), *Disasters, Stress and Cognition*, in S.E. Hobfoll et M.W. de Vries (Eds.) *Extreme Stress and Communities : Impact and Intervention*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands : 33-61.

[64]

Dans une perspective différente, ce sont le type de désastre, la situation climatique ou géographique et les conditions de vie qu'elle génère, et les mesures socio-sanitaires qui prévalent dans les régions touchées par les désastres qui agiront sur l'impact du désastre sur la santé physique. La prévalence de maladies infectieuses peut ainsi être augmentée en raison de conditions d'hygiène inadéquates, de contaminations de sources d'eau ou de la présence ou l'augmentation de moustiques ou vermines que des conditions insalubres favorisent (Centers for Disease Control and Prevention, 1993a). Dans le cas de la crise du verglas, l'arrêt des usines de filtration de l'eau potable de Montréal aurait pu avoir de sérieuses conséquences sur la santé de la population (Institut de recherche en santé et sécurité au travail du Québec, 1999). Les pertes d'électricité ont malheureusement provoqué des intoxications alimentaires à la suite de la consommation d'aliments conservés à des températures inadéquates. Des intoxications au monoxyde de carbone (CO) ainsi que des cas de gastroentérite, de varicelle et d'influenza dans les centres communautaires mis à la disposition des sinistrés ont également été déclarés. Au plan des traumatismes, en Montérégie, près de 600 fractures, traumatismes crâniens, brûlures, électrocution, etc. ont été causés par la tempête de verglas. Le manque de ventilation dans certaines entreprises, jumelé à la présence de certaines substances toxiques, fut également à l'origine d'intoxications chez des travailleurs (Mesa, 1999).

De plus, certains facteurs personnels et caractéristiques sociodémographiques entrent en ligne de compte dans la constatation des effets des désastres sur la santé physique. Ainsi, selon Mellman *et al.* (1995), les personnes démontrant des problèmes de sommeil antérieurs à l'événement étaient plus vulnérables à la suite de celui-ci. Pour leur part, Green *et al.* (1985b) ont mentionné que les différences individuelles de l'expérience objective du désastre influaient sur le fonctionnement physiologique des individus. Chez des inondés ¹⁵, Price (1978) a noté [65] que les problèmes de santé physique augmentaient avec l'âge alors que Logue (1978) a identifié certains groupes à

¹⁵ Il s'agit ici des inondations majeures de Brisbane en Australie survenues en 1974.

haut risque pour des changements au plan de la santé, telles les femmes de moins de 65 ans ayant de faibles revenus et peu d'instruction.

Par ailleurs, certaines victimes choisiront d'ignorer leurs symptômes, jugeant d'autres aspects prioritaires en période post-désastre, comme par exemple de s'occuper de la rénovation de leur domicile ou de s'impliquer davantage à la restauration du bien-être de leurs proches. Certains individus constatent également des modifications dans leur état de santé ou évaluent leurs réactions comme dépressives, mais les considèrent comme étant normales et n'ont pas recours à des soins psychologiques ou psychiatriques (Powell et Penick, 1983).

L'évaluation des effets sur la santé physique implique également la prise en considération de deux approches principales, soit l'approche objective qui met en évidence le nombre de morts et de blessés, la présence de maladies, les taux d'hospitalisation et les visites aux médecins, etc., et l'approche subjective qui regarde davantage les auto-évaluations, se référant ainsi à la perception des victimes.

Les études de Bennet, Melick, Logue et Janerich et al.

Parmi les études réalisées à la suite des désastres et portant sur les effets sur la santé physique des victimes, quelques-unes font partie des classiques. Celle de Bennet (1970), par exemple, fut réalisée à la suite de l'inondation de Bristol en Angleterre en 1968. Cette étude de la morbidité basée sur les mesures de visites en chirurgie, les admissions à l'hôpital, les auto-évaluations de l'état de santé et la présence de maladies, et sur une investigation de la mortalité s'est déroulée pendant l'année précédant l'inondation et sur celle qui a suivi. Elle impliquait des sous-groupes de sinistrés et d'individus non affectés par les inondations. [66] L'auteur a noté une augmentation significative de 50% de la mortalité de toute cause chez les inondés dans l'année suivante, en comparaison avec l'année précédant le désastre. Pour la même période, il a de plus observé une hausse de 53% des visites en chirurgie et le double d'admissions hospitalières. La morbidité et la mortalité étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes et ce sont les enfants d'un an à quatre ans ainsi que les adultes de plus de 55

ans qui ont subi le plus de chirurgies. Bennet a aussi rapporté que la hausse de la mortalité due au cancer était évidente. Comme le mentionnent Logue et al. (1981), cette recherche a procuré un support à la littérature, abordant les associations entre le stress relié aux désastres et le cancer.

À la suite de l'ouragan Agnès survenu en 1972 et des inondations qui en ont découlé, Melick (Logue et al., 1981a) a conduit une étude auprès de travailleurs âgés de 25 à 65 ans (120 sujets) trois ans après le désastre, afin de déterminer la relation entre le stress et l'incidence et la prévalence de la maladie physique et des désordres émotionnels chez son échantillon ¹⁶. L'auteure s'est informée du nombre et de la durée des malaises avant et après l'inondation. Elle a aussi demandé aux répondants de comparer leur état de santé actuel avec l'état antérieur (un an avant) et, s'il y avait lieu, de mentionner quelle influence l'inondation avait eue sur leur santé générale. Le groupe inondé était significativement plus enclin que le groupe non inondé à évaluer sa santé comme plus déficiente. Les malaises spécifiques mentionnés par les inondés étaient la fatigue et la perte d'entrain, l'anxiété et la tension, et le début d'une maladie spécifique souvent chronique. L'aspect de la chronicité des maladies physiques qui peut se manifester a aussi été mentionné récemment par Thomas (1993) où la durée de la période de maladie fut également plus longue chez les inondés que les non-inondés (19,4 contre 3,5 jours).

[67]

L'étude de Logue fut menée en 1977, deux ans après celle de Melick et cinq ans après le désastre. Son but premier était de connaître les effets à long terme des sinistres sur la santé des victimes. L'échantillon fut constitué de 396 femmes de la région inondée et de 166 femmes d'une région non inondée. Les répondantes ont évalué leur propre état de santé et celui des membres de leur famille immédiate. Des différences significatives furent observées entre les deux groupes. Ainsi, les inondées ont évalué leur santé plus déficiente que les non-inondées, indiquant une association positive entre l'inondation et les maladies rapportées comparativement au groupe non inondé.

¹⁶ Nous faisons ici davantage référence aux éléments concernant la santé physique. Pour de plus amples détails sur l'ensemble de l'étude, le tableau en annexe A fournira au lecteur davantage d'informations.

Logue a aussi évalué la santé des répondantes et de leur famille selon certains items clés spécifiques (systèmes cardio-vasculaire, digestif, respiratoire, neurologique, génito-urinaire, etc.). L'incidence du cancer et des blessures sérieuses a aussi été évaluée. En ce qui a trait aux répondantes, une différence significative entre les inondées et les non-inondées fut constatée en ce qui a trait aux maux de tête, aux problèmes du foie et à l'occurrence d'au moins une maladie. On a aussi remarqué une incidence significative et plus importante de l'hypertension chez les maris des inondés. Ces derniers étaient aussi considérés comme les membres de la famille ayant le plus souffert de l'inondation.

En ce qui a trait aux familles des inondées, celles-ci démontraient plusieurs différences significatives relativement aux problèmes gastriques, à la constipation fréquente, à de graves maux de tête, à des problèmes du foie, aux maladies des os et des cartilages, aux problèmes perturbant les systèmes cardio-vasculaire et respiratoire et à l'occurrence d'au moins une maladie. L'incidence de tous ces symptômes était plus importante chez les inondées que chez les non-inondées. Les victimes associaient de plus leurs problèmes de santé à l'inondation ; 44% ont rapporté avoir dû consulter pour un malaise spécifique à la suite de l'inondation, ce qui n'était pas le cas chez les non-victimes. Les répondantes ont aussi fait mention d'une durée des malaises [68] physiques ¹⁷, chez les gens les plus affectés, de deux ans et demi en général. La durée des malaises physiques fut également estimée comme perdurant plus longuement chez les épouses que chez les maris (3 ans contre 2,5 ans) ¹⁸.

Plus récemment, Janerich et al. (1981) ont étudié l'augmentation des taux de leucémie, de maladies lymphatiques et d'avortements spontanés dans la région du Sud de l'État de New York à la suite de l'ouragan Agnès. Ils ont comparé les taux chez les résidents riverains affectés et les citoyens non affectés par l'ouragan. Cette approche combinant la géographie et l'épidémiologie a indiqué que les taux de leucémie et les problèmes lymphatiques étaient environ 35% plus élevés que ceux estimés deux ans auparavant. En utilisant les relevés statistiques de 1970 à 1977, un excédent significatif d'avortements spon-

¹⁷ La durée de la détresse émotionnelle des familles fut évaluée à deux ans.

¹⁸ Hovanitz (1993) supporta plus récemment cette hypothèse.

tanés en 1973 fut constaté dans la région de la vallée de la rivière ayant débordé. Bromet et Dunn (1981) ont aussi mentionné que la grossesse en période de désastre constituait un facteur additionnel de stress et de risque.

Des symptômes physiques spécifiques

En plus des symptômes rapportés par certaines des études classiques et divers précurseurs de la recherche sur les effets des désastres sur la santé physique, d'autres auteurs ont fait mention, plus récemment, de diverses constatations relatives à la santé physique à court et à long terme. Dans la période immédiate de post-impact, si les individus semblent ressentir un certain soulagement ou un relâchement de la tension, les symptômes peuvent se manifester au plan physique sous formes de vomissements, diarrhées, maux de tête, difficultés respiratoires, palpitations, etc. (Raphael, 1986). Ces symptômes peuvent également apparaître après une certaine période de latence (idem). Des problèmes respiratoires, gastro-intestinaux et cardio-vasculaires ont aussi été rapportés comme ayant augmenté jusqu'à cinq ans après un désastre (Logue et al., 1981b). Clayer et al. [69] (1985) ont aussi noté que 60% de leur échantillon rapportant des problèmes de santé à la suite d'un désastre ¹⁹ n'avaient pas consulté de médecins. Ces auteurs ont par ailleurs fait mention d'une hausse significative de la prévalence des maladies cardiaques, de l'hypertension, des problèmes respiratoires et du diabète dans l'année post-désastre. De plus, l'alcoolisme, la morbidité psychologique et les problèmes de consommation de drogues avaient également augmenté significativement chez les sujets. Contrairement à d'autres résultats, Clayer et al. n'ont pas confirmé d'augmentation significative de la prévalence de l'arthrite et du cancer. Plusieurs sujets de cette étude ont également rapporté une aggravation de problèmes de santé qui existaient avant le désastre.

Les désastres contribuent généralement à une hausse du recours au personnel et aux services médicaux (Abrahams et al., 1976) ainsi qu'à

¹⁹ Les auteurs ont étudié les effets sur la santé biopsychosociale des individus touchés par des incendies majeurs dans le sud de l'Australie en 1983 où 28 personnes perdirent la vie.

une morbidité physique et une mortalité plus élevée, comme le suggèrent les médecins et les registres des institutions (Hall et Landreth, 1975 ; Hovanitz, 1993). Raphael ²⁰ (1986) suggère que les taux de morbidité se situent entre 30% et 40% chez la population affectée dans l'année suivant le désastre, et bien que celle-ci diminue au cours de la deuxième année, certains individus voient leurs symptômes devenir chroniques. Les praticiens ont remarqué, lors d'une inondation au Missouri, une augmentation des problèmes de santé liés aux traumatismes, tels des blessures musculo-squelettiques, des épuisements et de la déshydratation (Thomas, 1993). Selon le Centre de contrôle des maladies infectieuses, à la suite d'inondations au Missouri en 1993, les principales blessures répertoriées étaient les entorses et les foulures, les lacérations, les écorchures et contusions. Les malaises les plus fréquemment rapportés par ce même organisme concernaient des problèmes gastro-intestinaux, des éruptions cutanées et des dermatites, ainsi que des bouffées de chaleurs et autres malaises (Centers for Disease Control and Prevention, 1993b).

[70]

Le stress physiologique chez les victimes a pu être évalué à partir de diverses variables. Faupel et Styles (1993) ont parlé d'essoufflements, d'étourdissements, de nausées, d'engourdissements des extrémités et de douleurs à la poitrine afin de conclure à un stress physiologique plus fréquemment rapporté chez les femmes que chez les hommes. Escobar et al. (1992) ont fait ressortir que l'exposition à un désastre augmentait la probabilité de rapporter de nouveaux symptômes gastro-intestinaux et pseudoneurologiques. Ils ont fait mention de douleurs abdominales, vomissements, nausées et gaz excessifs, et d'amnésie, de paralysie, d'évanouissements, de double vision, etc. chez les victimes d'inondations et de glissements de terrain.

L'influence du stress aigu vécu à la suite d'un désastre sur les facteurs de risque de développement de maladies coronariennes a également fait l'objet de recherches. À la suite de l'analyse de données provenant d'une étude longitudinale sur les facteurs de risque des maladies coronariennes, Trevisan et al. (1986) ont observé que les participants qui avaient été suivis quelques semaines après un tremblement de terre démontraient des niveaux cardiaques, de cholestérol et de tri-

²⁰ L'auteur parle des travaux de Tatum, Vollmer et Shore (1985).

glycérides plus élevés qu'un groupe contrôle. Les deux groupes ne démontraient aucune différence sous ces rapports cinq ans avant l'événement. Ces effets ne semblaient toutefois pas subsister à long terme, soit sept ans après le tremblement de terre (Trevisan et al., 1992). Les auteurs ont toutefois précisé que les sujets étaient relativement jeunes (âge moyen de 41 ans), qu'ils n'avaient pas subi de pertes matérielles majeures ni de pertes humaines. Ces individus avaient également pu conserver leur emploi.

Leor et al. (1996) ont aussi trouvé que les personnes ayant des antécédents physiques ou des prédispositions aux problèmes cardiaques étaient plus vulnérables à la mortalité à la suite d'un tremblement de terre ²¹. Yamabe et al. (1996) ont également fait mention d'une augmentation significative ($p < .001$) d'éléments [71] physiologiques associés à des anormalités cardiaques à la suite d'un tremblement de terre ²². Alors que cette anormalité était constatée chez 1,2% de 2 756 patients externes ayant subi des examens coronaires spécifiques pendant les cinq années précédant le tremblement de terre, elle fut notée chez 6,4% des 94 patients s'étant présentés à l'unité médicale dans les trois semaines suivant le désastre. Logue et Hansen (1980) ont remarqué le développement d'hypertension chez des femmes victimes d'une inondation. L'hypertension fut significativement associée à la perte de propriété, aux difficultés financières et à la consommation d'alcool. Comparativement au groupe sans hypertension, les victimes démontrant ce symptôme rapportaient une détresse plus marquée. L'anxiété et la somatisation étaient également liées significativement à l'hypertension constatée.

Faich et Rose (1979) ont remarqué, à la suite de l'analyse de données provenant de centres médicaux, qu'immédiatement après un blizzard, les visites aux urgences avaient diminué de 64% et que les admissions à l'urgence avaient elles aussi suivi la même tendance dans une proportion de 35%. Toutefois, elles étaient revenues à la normale dans les trois jours qui suivirent ces conditions climatiques difficiles.

²¹ Les auteurs évoquent ici le tremblement de terre de Los Angeles survenu en janvier 1994.

²² Il s'agit ici d'un tremblement de terre survenu au Japon en 1995 dans la région de Hanshin qui a causé la mort de 5 502 personnes et obligé plus de 300 000 personnes à vivre dans des camps pour réfugiés.

Les auteurs ont par contre noté une augmentation des admissions pour des problèmes cardiaques et, dans les cinq jours suivant la tempête, un plus haut taux de mortalité dans son ensemble était enregistré ainsi qu'un plus haut taux de mortalité attribuable à des problèmes cardiaques (ischemic heart disease deaths). Inversement, Glass et al. (1979) n'ont pas remarqué de hausse de la mortalité pendant la semaine suivant le même type d'événement ²³, comparativement aux proportions observées pendant la semaine précédant la tempête.

À la suite des inondations de Buffalo Creek, Lifton et Olson (1976) ont constaté que la fatigue générale, la perte d'appétit, les douleurs physiques, les dysfonctions organiques, les problèmes gastro-intestinaux et autres malaises étaient ressentis par [72] la population sinistrée. Citant les travaux de Weisaeth (1983-1984), Raphael (1986) a aussi fait mention de réactions psychophysiologiques dans la semaine suivant un incendie majeur chez les deux tiers des sujets : tremblements dérangeants, palpitations et sueurs. La dysphorie se constatait aussi chez le tiers des sujets fortement exposés. Selon l'auteur, si la crainte, l'anxiété ou l'excitation peuvent s'atténuer à la suite du rétablissement, ils sont susceptibles de réapparaître lors de périodes de repos ou de tranquillité. Il se peut également que la perception de la présence de certains symptômes tels les douleurs à la poitrine ou les maux de tête, contrairement à des symptômes psychologiques qui auront tendance à s'atténuer avec le temps, enregistrent une augmentation chez certaines personnes. Cette manifestation peut être attribuée à l'effet analgésique du stress vécu lors d'un désastre (Cardena et Spiegel, 1993). Norris *et al.* (1994) ont quant à eux mentionné que les effets des inondations sur la santé physique étaient moins intenses et de moins longue durée que les effets sur la santé mentale des victimes et que les premiers atteignaient leur summum d'intensité environ un an après le désastre. La fatigue intense était davantage associée à la destruction de la communauté qu'aux pertes personnelles et augmentait jusqu'à deux ans après l'événement.

Dans une étude récente réalisée auprès de 109 victimes de la tempête de verglas, Maltais, Robichaud et Simard (2000) ont pour leur part constaté que les principaux problèmes de santé physique rencontrés par les sinistrés ont été les gripes, les gastroentérites, la fati-

²³ Il s'agit d'un blizzard survenu dans le Maine en 1978.

gue, l'épuisement physique, l'insomnie ainsi que l'hypertension. Certains sinistrés ont aussi fait mention de sinusites, de bronchites, de laryngites, d'amygdalites ainsi que de douleurs musculaires et articulaires. Divers problèmes du système gastrique, tels les ennuis de digestion et les nausées, ont aussi été cités ainsi que les maux de tête, la fièvre, les otites et les problèmes circulatoires comme les phlébites. Des sinistrés ont également signalé des problèmes respiratoires liés aux moisissures [73] générées par les dégâts au domicile. Les blessures, les fractures ou les entorses occasionnées par les chutes sur la glace ont aussi été citées par les répondants. L'absence de traitements médicaux réguliers auraient également contribué, aux dires des sinistrés, au maintien ou à l'aggravation de problèmes de santé préexistants, tout comme les modifications aux habitudes alimentaires ont causé des dérèglements chez les diabétiques. Il est intéressant de noter ici que les personnes âgées interviewées étant demeurées chez des parents ou des amis n'ont pas fait mention de problèmes de santé physique. Chez les enfants, une mention plus importante de problèmes de santé physique est évoquée lorsque ceux-ci ont été hébergés dans les centres de dépannage. Chez les agriculteurs rencontrés, les problèmes de santé les plus souvent relatés sont la fatigue, le stress, la perte de poids et la présence de sentiments dépressifs.

Une autre étude, celle de Lutsendorf (1995), a comparé l'exacerbation des symptômes du syndrome de fatigue chronique (SFC) chez des individus différemment exposés à un ouragan. Les résultats ont démontré que les personnes de la région plus touchée avaient une tendance plus importante aux rechutes et que les symptômes de SFC se manifestaient plus fortement chez celles-ci. On a aussi remarqué une plus importante détérioration fonctionnelle dans les activités quotidiennes chez ce même groupe. Les personnes moins affectées au plan physique étaient celles qui démontraient le plus d'optimisme et qui bénéficiaient d'un meilleur soutien social. Smith *et al.* (1986) ont aussi conclu à l'existence d'un lien positif entre le degré d'exposition au désastre et la manifestation de symptômes physiques alors que Robins *et al.* (1986) ont remarqué lors d'une étude épidémiologique que les individus exposés plus directement faisaient significativement état d'une santé rapportée comme plus déficiente après le désastre, comparativement aux non-exposés.

Discutant des mécanismes causals, Hovanitz (1993) a suggéré [74] que la réactivité physiologique et les altérations dans le fonctionnement immunitaire, qui résultaient du stress occasionné par les désastres naturels, étaient probablement des causes de risques de dégradation ou de risques pour la santé physique. Bien que l'on puisse être porté à croire que l'auto-efficacité d'adaptation d'un individu à un désastre puisse contribuer à accroître son immunité, Benight et Harper (1997), ayant effectué une étude de la réactivité physiologique peu de temps après un désastre, n'ont pu démontrer que cette variable interagissait avec l'immunité individuelle.

Certains chercheurs ont aussi fait ressortir l'impact des désastres au plan physique en considérant l'augmentation ou le recours à la médication. Ainsi, en plus d'une hausse significative de la consommation d'alcool, Auger *et al.* (2000) ont constaté, six mois après les inondations de juillet 1996, une augmentation de l'utilisation de médicaments chez les sinistrés du Saguenay. Maltais, Lachance, Fortin *et al.* (2000), dans une recherche visant à comparer deux ans après le même événement l'état de santé biopsychosociale de 177 sinistrés avec celui de 168 non-sinistrés, ont pour leur part indiqué que les victimes des inondations de juillet 1996 présentaient des différences significatives avec les non-sinistrés sur plusieurs indicateurs de santé physique. Entre autres, ces chercheurs mentionnent que les sinistrés sont significativement plus nombreux que les non-sinistrés à considérer que leur état de santé est mauvais ou moyen. Les victimes des inondations de juillet 1996 sont également plus nombreuses que les répondants du groupe contrôle à constater l'aggravation de leur état de santé ou l'apparition de nouveaux problèmes de santé chez eux ou chez un membre de leur famille immédiate. Les données de leur étude indiquent également qu'un nombre plus important de sinistrés que de non-sinistrés considèrent avoir augmenté leur consommation de médicaments prescrits ou non prescrits à la suite des inondations de juillet 1996, et plus de sinistrés que de non-sinistrés estiment [75] que leur état de santé a diminué. D'autres chercheurs ont également constaté, après le même événement, la présence d'hypertension, d'asthme et d'anxiété (Maltais *et al.*, 1999). North (1989) a également spécifié que les victimes d'une tornade avaient fréquemment recours aux médicaments pour se rétablir. Bien que l'augmentation de la consommation de somnifères n'ait pas été spécifiquement mentionnée par les auteurs, Mellman *et al.*

(1995) ont suggéré que les patterns de sommeil étaient influencés par les désastres. Chez un groupe de victimes d'un cyclone n'étant pas retournées vivre sur place, Milne (1977) a aussi noté des hausses significatives de l'utilisation d'analgésiques en plus de la consommation d'alcool et de cigarettes, comparativement à des groupes contrôles. On remarquait de plus chez les personnes n'étant pas retournées à leur domicile de plus fréquents maux de tête et un manque d'énergie. L'ensemble des résultats tend donc à démontrer, selon Milne (1977), que les personnes évacuées qui ne reviennent pas à leur lieu d'origine étaient plus affectées au plan physique²⁴ que celles qui ont réintégré les lieux.

Si le désastre affecte la santé physique, la remémoration de l'événement traumatisant peut également provoquer des effets sur cette dernière. Hurst (1981) a démontré, à partir du visionnement d'un film, que les souvenirs associés au désastre peuvent continuer à augmenter les réactions du système nerveux autonome et ainsi provoquer un état affectif négatif chez les victimes d'un désastre.

Les désastres et l'état de stress post-traumatique

[Retour à la table des matières](#)

Parmi tous les problèmes liés à la santé psychologique, l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est le plus communément rencontré et étudié dans les études abordant les effets des désastres sur la santé mentale, quoiqu'il ne constitue pas la seule pathologie rencontrée parmi les victimes (Adams et Adams, 1984 ; Côté, 1996 ; David *et al.*, 1996 ; Robins *et al.*, 1986 ; Smith et North, 1993). L'ÉSPT fut reconnu comme diagnostic formel dans la [76] nomenclature psychiatrique en 1980. Cette reconnaissance succédait, en partie, aux nombreuses recherches effectuées chez les vétérans de la guerre du Vietnam (Van der Kolk *et al.*, 1996a).

²⁴ L'auteur a également fait mention d'une plus importante détérioration psychologique chez les victimes évacuées et qui ne sont pas retournées aux lieux d'origine.

Bien que certaines variables personnelles puissent agir sur l'apparition de l'état de stress post-traumatique ou sur la gravité de ce dernier, il demeure que l'intensité ou la gravité de l'événement à l'origine de sa manifestation est le facteur qui influe le plus dans le développement de l'ÉSPT. Ce syndrome peut donc apparaître chez des individus qui n'y présentent aucune prédisposition personnelle et être uniquement le résultat d'un stress aigu vécu lors d'un événement particulier.

L'état de stress post-traumatique se définit comme un ensemble de symptômes pouvant se manifester chez un individu ayant été confronté à un événement traumatisant. Être confronté, exposé à une telle situation, ou l'expérimenter, peut aussi vouloir dire le fait d'en avoir été témoin, plus ou moins directement. En conséquence, cet aspect extensio- nne la définition du terme « victime » et sous-entend la hausse du nombre de personnes pouvant être affectées par un sinistre. L'événement traumatisant peut être lié à une situation où l'on a constaté un ou plusieurs décès, des blessures physiques, ou qui a constitué une menace à la vie pour les individus. Cette situation aura donc généralement provoqué une crainte marquée par l'intensité, un fort sentiment d'impuissance, voire d'horreur.

Les accidents et agressions physiques de toutes sortes recèlent un potentiel traumatique d'importance. Cependant, d'autres situations, tels les désastres, peuvent s'avérer tout autant traumatisantes. Les tremblements de terre, les ouragans, les inondations, les ruptures de digues, les déversements toxiques, les expositions à des radiations et autres peuvent constituer des sources majeures de stress et de traumatismes. Chez les personnes exposées à des événements de cette gravité et intensité, [77] il peut apparaître des symptômes caractéristiques comprenant le fait de revivre l'événement ou la situation de façon persistante, l'évitement de situations qui peuvent, pour la personne ayant été exposée, éveiller le souvenir de l'événement traumatisant ainsi qu'un engourdissement émotionnel et de l'hyperactivité. Les symptômes d'état de stress post-traumatique débutent généralement dans les trois premiers mois suivant l'événement traumatisant. Il importe de mentionner que l'on parle d'état de stress post-traumatique lorsque ces symptômes persistent plus d'un mois. Certains chercheurs suggèrent que la symptomatologie puisse apparaître un an ou plus après l'événement (Green et al., 1990b). La guérison peut s'échelonner sur des périodes de temps variables, mais le temps seul ne provoque pas le

rétablissement, un traitement approprié est nécessaire. Dans certains cas, le syndrome peut devenir chronique et les individus affectés risquent de développer diverses pathologies psychologiques et physiques pouvant influencer négativement les différentes sphères de leur fonctionnement personnel, professionnel, familial et social (NIMH, 1995). Les critères utilisés par le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) qui permettent d'établir un diagnostic d'état de stress post-traumatique sont présentés au tableau 6.

On parle d'un état aigu si la durée des symptômes est de moins de trois mois et d'un état chronique si celle-ci est de trois mois ou plus. Dans le premier cas, le pronostic de rémission est bon ; par contre, si plus de six mois se sont écoulés entre l'événement et l'émergence des symptômes, la réaction est considérée comme diluée, et si les symptômes ont duré six mois ou plus, le désordre est considéré chronique. Les sous-types dilués ou chroniques sont habituellement plus difficiles à traiter (Horowitz, 1986).

[78]

Tableau 6
Les critères de diagnostic de l'état de stress
post-traumatique selon le DSM-IV

[Retour à la table des matières](#)

<p>A) 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. Il y a eu 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 leur intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. Le sujet les a vécus, en a été témoin ou y a été confronté. 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Note : chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
<p>B) L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs 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. Note : chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme. 2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. Note : 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). Note : chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir. 4. Sentiment intense de détresse psychique [79] lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de

	<p>l'événement traumatique en cause.</p> <p>5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'événement traumatique en cause ou y ressembler.</p>
<p>C) Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne pré-existant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme. 2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme. 3. Incapacité à 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 se détacher 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 « fermé » (ex : penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, etc.).
[80]	
<p>D) Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurologique végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu 2. Irritabilité ou accès de colère 3. Difficultés de concentration 4. Hypervigilance 5. Réaction de sursaut exagérée
<p>E) La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.</p>	
<p>F) La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement so-</p>	

cial, professionnel ou dans d'autres domaines importants.	
---	--

Source : American Psychiatric Association (1996), *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, traduction française, Paris, Masson.

Dans la population générale, des chercheurs ont établi la prévalence d'événements traumatisants entre 5% et 10%, chez les hommes et les femmes respectivement (Kessler *et al.*, 1995). En ce qui a trait à l'ÉSPT, certains chercheurs établissent un taux courant chez la population en général se situant entre 1 et 3% (Auger *et al.*, 1997 ; Helzer, 1987). Certains concluent à des résultats plus importants, soit de 7% à 11% chez les personnes exposées à des crimes violents, à la mort ou à des accidents, et de 5% à 8% de prévalence courante chez les individus exposés à des risques environnementaux (Norris, 1992). Breslau *et al.* (1991) situent à 9,2% la prévalence de durée à vie chez leur échantillon décrit précédemment. Se référant à une étude longitudinale, Carlier et Gersons (1995) suggèrent que même si certains individus ne rencontrent pas pleinement les [81] critères de diagnostic du DSM-IV, ils requièrent presque le même degré de soins. En accord avec Breslau *et al.*, ces auteurs évaluent la prévalence d'état de stress post-traumatique dans la population générale à 9% environ et le syndrome partiel à 30%. Ce dernier semble aussi perdurer pendant plusieurs années, même si parfois il n'est évident qu'une année après l'événement traumatisant.

Habituellement, l'état de stress post-traumatique ne se manifeste pas seul (David *et al.*, 1996 ; Green et Lindy, 1994). Certains chercheurs ont mis en évidence la comorbidité existante comme prédicteur de chronicité de ce syndrome. Dans une étude réalisée auprès d'adultes engagés dans un feu de brousse, McFarlane et Papay (1992) ont découvert par exemple que seulement 23% des sujets atteints de l'ÉSPT ne souffraient pas d'un autre problème concomitant. L'état de stress post-traumatique semble aussi influencer la combinaison de symptômes tels la dépression et la somatisation (Madakasira et O'Brien, 1987 ; Stout et Knight, 1990). Il semble aussi, selon Koopman *et al.* (1994), que le développement tardif de cet état influence à

la hausse la gravité des réactions et que des symptômes dissociatifs présents au début de la manifestation des symptômes de l'ÉSPT prédiraient le développement du syndrome. Le temps s'écoulant entre l'apparition du syndrome et le développement d'un désordre psychiatrique subséquent a été étudié par Davidson *et al.* (1985). Les auteurs ont observé que, selon diverses psychopathologies (abus d'alcool et de drogues, désordres d'anxiété, dépression non bipolaire, dépression bipolaire), il pouvait s'écouler entre 1,7 et 6,6 années avant la manifestation d'un autre désordre concomitant.

Les traumatismes de l'enfance peuvent compter pour certains aspects de la variabilité de la présence et du degré des désordres physiques et psychologiques à l'âge adulte. C'est seulement au cours de la décennie précédente qu'on s'est rendu [82] compte qu'un enfant exposé à un événement traumatisant peut développer l'état de stress post-traumatique (Ferr, 1991 ; Van der Kolk et Fisler, 1995 ; Van der Kolk et al., 1996a, 1996b). Chez les enfants exposés aux désastres ou à d'autres traumatismes, il peut y avoir une longue période de latence suivie d'une manifestation d'altération des fonctions sociales (Newman, 1976 ; Terr, 1981).

Il a également été noté que les patients démontrant l'état de stress post-traumatique sont fréquemment mal diagnostiqués, étant davantage considérés comme sociopathiques, hypochondriaques ou abuseurs de substances nocives (Participants Reading, 1992). Un autre obstacle au diagnostic du syndrome est dû au fait que les intervenants de la santé auxquels se réfèrent les sinistrés sont réticents à envisager ou à reconnaître la nature même du problème (McFarlane, 1989a). Et comme ce syndrome semble en croissance parmi la population, la nécessité de former les intervenants et le personnel de la santé à le reconnaître n'en est que plus nécessaire (Bassett, 1995).

Donc, comme le démontrent les articles et études apparaissant dans le tableau en annexe I, plusieurs chercheurs ont étudié ce syndrome ou l'ont abordé substantiellement dans leurs recherches.

Certains résultats relatifs à l'état de stress post-traumatique

Une étude réalisée auprès d'adultes, à la suite des inondations de juillet 1996 au Saguenay-Lac-Saint-Jean, démontre que les sinistrés ont un risque six fois plus élevé de répondre aux critères d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique que la population normale et 2,4 fois plus de probabilité de démontrer une détresse émotionnelle. Les résultats de cette étude ont par ailleurs rendu compte d'une proportion de 20% de cas chez le groupe à l'étude et de 3,8% chez le groupe contrôle (Auger et [83] al., 1997). De plus, les auteurs suggèrent que près de 1200 personnes pourraient souffrir du syndrome dans l'ensemble de la région du Saguenay.

Plusieurs études ont trouvé des proportions élevées d'état de stress post-traumatique à la suite de désastres : Kent et Francis (1995), ayant réalisé une étude de six à huit semaines après l'ouragan Iniki, ont constaté le syndrome partiel ou complet chez 73% de leur échantillon. Pour leur part, Tobin et Ollenburger (1996), à la suite d'une inondation, ont démontré que 71% des sinistrés manifestaient des symptômes post-désastre. Mellman et al. (1995) ont quant à eux fait ressortir que 52% des sujets étudiés, à la suite de l'ouragan Andrew, rencontraient les critères d'apparition de nouveaux symptômes, dont l'état de stress post-traumatique. L'étude de Green et al. (1994) démontre également la présence de cet état chez une forte proportion des sujets plus de vingt ans après une inondation meurtrière. Selon ces auteurs, l'ÉSPT chronique lié à l'inondation était évalué à 32% chez des sujets exposés à ce sinistre. Une autre étude antérieure réalisée en 1986 auprès de 120 victimes a démontré que 61% de celles-ci rapportaient toujours un état de stress post-traumatique quatorze ans après l'événement et que 11% des victimes n'en démontraient pas les critères en 1974 (Green et al., 1990a).

Pickens et al. (1995) ont également mentionné l'importance de multiples problèmes dans une étude menée auprès d'étudiants adultes victimes de l'ouragan Andrew, dont l'état de stress post-traumatique. Des symptômes de cet état furent également constatés chez près de 25% d'un échantillon de victimes d'une inondation (Smith et al.,

1986). Selon une étude réalisée auprès d'enfants âgés de 7 à 13 ans ayant été exposés à un ouragan, 70% d'entre eux démontraient un état de stress post-traumatique évalué de grave à modéré, 21 mois après l'événement (Shaw et al., 1996). Pour le même type de désastre, une autre étude [84] rapporte que 86% des enfants présentaient des symptômes (Vernberg et al., 1996). Certains chercheurs ont aussi trouvé, chez un échantillon d'adultes victimes d'une tornade, une proportion de 59% de personnes affectées, dont 16% dans une forme grave (Madakasira et O'Brien, 1987). David et al. (1996) ont quant à eux décelé l'apparition de nouveaux désordres psychiatriques chez 51% de leur échantillon ayant été fortement exposé à l'ouragan Andrew. L'état de stress post-traumatique était la psychopathologie qui prévalait le plus (36%).

Les symptômes de l'état de stress post-traumatique semblent également se manifester différemment selon le sexe. Ainsi, Shore et al. (1989) ont noté que chez les victimes du mont Sainte-Hélène, les symptômes les plus fréquents étaient l'anxiété généralisée et les problèmes dépressifs majeurs. Chez tous les sujets, on retrouvait également des pensées dérangeantes et des engourdissements émotionnels. L'insomnie, les soubresauts, l'hypervigilance et les difficultés de concentration étaient constatés chez 81% des sujets. Toutefois, alors que les femmes ressentaient plus de tensions motrices, d'appréhension, de vigilance et d'hyperactivité automatique que les hommes, et que la dépression, l'anxiété généralisée et les phobies étaient de 1,5 à 2,5 fois plus communes chez elles, on retrouvait plutôt chez les hommes certains désordres de personnalité dont l'anxiété généralisée, la dépression, les phobies, l'alcoolisme, la toxicomanie, les troubles de panique, les manies obsessionnelles/compulsives et des comportements antisociaux.

Les symptômes physiques spécifiques et l'état de stress post-traumatique

Friedman et Schnurr (1995) ont souligné, dans une revue exhaustive de la littérature sur les effets des désastres sur la santé physique, qu'une augmentation de la morbidité rapportée par les victimes de désastres, l'utilisation accrue des services de santé et une incidence plus

forte de la mortalité étaient des problèmes [85] fréquemment rencontrés. Ils ont aussi spécifié que l'état de stress post-traumatique constituait une cause probable d'une part substantielle des associations observées entre le traumatisme et les effets négatifs sur la santé physique.

Chez d'autres auteurs, les problèmes spécifiques associés à la présence d'état de stress post-traumatique provoquaient une variété de problèmes de santé aux plans des systèmes cardiovasculaire, neurologique et gastro-intestinal (Breslau et Davis, 1992 ; McFarlane et al., 1994). Breslau et Davis (1992) ont par ailleurs mentionné que les personnes auxquelles ont associé un diagnostic d'état de stress post-traumatique chronique avaient davantage de probabilités de rapporter plus fréquemment de l'arthrite, des bronchites, des migraines et des problèmes gynécologiques. Par ailleurs, ce sont également les symptômes physiques amenant à consulter qui déboucheront bien souvent sur un diagnostic du syndrome. Comme l'a démontré l'analyse d'un registre de services spécialisés en psychiatrie, 66% des patients ayant consulté un spécialiste des services psychiatriques ont déclaré souffrir de certains maux physiques dont des douleurs à la poitrine, des essoufflements et des douleurs musculaires. Les patients ont été diagnostiqués comme souffrant de l'état de stress post-traumatique (McFarlane, 1989a). Murburg et McFall (1986) ont aussi trouvé que les patients chez lesquels on avait diagnostiqué cet état démontraient des résultats d'évaluation cardiaque et de pression sanguine considérablement plus élevés comparativement à un groupe contrôle.

La détresse émotionnelle, les symptômes et les effets des désastres sur la santé psychologique

[Retour à la table des matières](#)

Outre l'état de stress post-traumatique, les effets d'un désastre peuvent se manifester sous d'autres formes de symptômes, de pathologies et de problèmes psychologiques. C'est ainsi que Lalande, Maltais et Robichaud (2000), dans une étude qualitative réalisée auprès de 30 sinistrés, soulignent qu'un désastre [86] comme celui des inondations

de juillet 1996 entraîne divers problèmes de santé psychologique comme des troubles anxieux, de dépression ou d'adaptation. Pour leur part, Charbonneau, Ouellette et Gaudet (2000) mentionnent que les sinistrés de la tempête de verglas de janvier 1998 ont dû faire face à des craintes, des peurs, du stress, de la désorganisation et un sentiment de vulnérabilité. Le fait d'être exposées à un désastre majeur peut, pour certaines personnes, représenter l'événement le plus traumatisant de leur vie (Powell et Penick, 1983) et nécessiter des traitements et thérapies s'étendant sur des périodes de temps plus ou moins longues (Church, 1974). Deux visions principales se dégagent également en regard des effets des désastres sur la santé psychologique. Une première propose que les désastres provoquent une sérieuse désorganisation et un stress qui peuvent se transposer en une perturbation prolongée chez les individus. La seconde suggère qu'à la suite d'un désastre, des effets aigus se manifestent mais se résorbent plutôt rapidement. Un point commun émerge cependant de ces deux paradigmes. Les effets négatifs sur la santé psychologique ne sont pas communs chez l'ensemble des sinistrés et ils semblent affecter davantage les personnes y étant prédisposées, notamment par une santé psychologique préalablement altérée ou fragilisée (Baum, 1987, 1991 ; Ursano *et al.*, 1995).

La direction générale de la coordination générale du ministère de la Santé et des Services sociaux (1994) a décrit dans une publication récente ²⁵ certaines des réactions de stress pouvant être constatées à la suite d'un sinistre. Qualifiant ces réactions de passagères et normales, elle émet toutefois une mise en garde en ce qui a trait à la persistance des divers symptômes émotionnels et physiques et à leurs effets négatifs sur la santé générale. Le tableau 7 illustre les réactions selon les groupes d'âge.

À la suite d'un désastre, la majorité des gens minimisent ou dénie les symptômes et la douleur qu'ils ressentent (Glenn, [87] 1979 ; Lima *et al.*, 1989 ; Myers, 1999 ; Titchener et Kapp, 1976). Ceci semble correspondre, pour les adultes et les enfants, à une stratégie d'adaptation (Benedek, 1985) et cet état de choses contribue à rendre moins juste le portrait des conséquences des désastres sur la santé psycholo-

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, (1994), Direction générale de la coordination générale, *Comment intervenir auprès des personnes sinistrées*.

gique (Madakasira et O'Brien, 1987). Toutefois, un grand nombre d'études ont confirmé différents types de répercussions et d'altérations de la santé biopsychosociale. Dans l'ensemble, les réactions normales des victimes d'un désastre semblent similaires à celles d'un choc émotif (Raphael, 1975), ce qui rejoint le point de vue de Solomon et Canino (1990) exprimé précédemment. Kinston et Rosser (1974) ont aussi mentionné que l'incidence des maladies dépressives peut être augmentée de 350% et celle des maladies névrotiques non spécifiques de 100% dans les communautés touchées par les désastres.

Ainsi, selon l'étude de Benight et Harper (1997), les participants étaient atteints de détresse modérée à grave, à la suite d'un incendie majeur et d'inondations. Chez les 220 étudiants adultes de Pickens *et al.* (1995), victimes d'un ouragan, ceux-là démontraient différentes réactions et des symptômes tels des pensées troublantes, des problèmes de mémoire, des symptômes somatiques et d'anxiété, et de la dépression. Après le même type d'événement, certains sujets démontraient l'apparition de nouveaux symptômes de dépression majeure (16/73) et de problèmes d'anxiété (11/73). On a aussi constaté des sous-symptômes d'état de stress post-traumatique et de dépression majeure chez des sujets (14/73) (Mellman, 1995).

[88]

Tableau 7
Les réactions à la suite d'un sinistre, selon le groupe d'âge

[Retour à la table des matières](#)

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENFANTS DE 7 À 12 ANS	ADOLESCENTS DE 13 à 17 ANS	ADULTES DE 18 À 65 ANS	AÎNÉS DE 65 ANS ET PLUS
Anxiété	Anxiété et crainte	Anxiété, déni, culpabilité	Anxiété, sentiment d'impuissance, de vulnérabilité et de culpabilité	Symptômes physiques ou psychologiques, selon l'état de santé (diabète, angine, confusion, etc.)
Agressivité	Agressivité et colère	Besoin de parler sans arrêt	Troubles du sommeil, cauchemars et insomnies	Anxiété et angoisse
Pleurs	Refus de collaborer	Augmentation du tabagisme	Symptômes psychosomatiques : maux de tête ou d'estomac, etc.	Troubles du sommeil, cauchemars, insomnie
Désir d'être dans les bras de ses parents	Symptômes psychosomatiques : maux de tête, vomissements, maux de ventre, etc.	Colère, agressivité, sentiment de vulnérabilité et d'impuissance	Repli sur soi, isolement	Difficultés à prendre des décisions
[89]				

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENFANTS DE 7 À 12 ANS	ADOLESCENTS DE 13 à 17 ANS	ADULTES DE 18 À 65 ANS	AÎNÉS DE 65 ANS ET PLUS
Terreur	Terreurs nocturnes	Troubles du sommeil et cauchemars	Augmentation du tabagisme et d'abus d'alcool et de drogues	Perte de l'appétit
Phobie	Cauchemars, troubles du sommeil	Abus d'alcool et de drogues	Diminution du désir sexuel	Abus de médicaments ou d'alcool
Cauchemars	Régression à des étapes antérieures de développement		État de colère à l'égard de Dieu, de la famille, des intervenants et du gouvernement	
Régression à des étapes antérieures de développement			Augmentation du débit verbal	
			Crainte de voir l'événement se reproduire ; intrusion d'images de la scène du sinistre	

Source : MSSS (1994), Comment intervenir auprès des personnes sinistrées.

[90]

Chez un groupe exposé à un risque potentiel de toxicité à la suite d'inondations, les sentiments d'impuissance étaient significativement corrélés au stress psychologique. On a aussi noté chez ce groupe des différences significatives relatives à la détresse, en les comparant avec des groupes contrôles non exposés à un sinistre et des victimes d'un désastre naturel, aux plans des symptômes suivants : somatisation, sensibilité interpersonnelle, dépression et anxiété, anxiété phobique, idéations paranoïdes et psychoticisme. On n'a toutefois pas remarqué de différences en ce qui a trait à l'obsessivité-compulsivité et à l'hostilité (Baum et al., 1992). Le stress psychologique a aussi été évalué à partir des variables suivantes : l'agitation, la peur de devenir fou, la difficulté à se concentrer, l'irritabilité et les sensations de tension et de nervosité (Faupel et Styles, 1993). Lima et al. (1993) ont par ailleurs fait ressortir la persistance de la détresse émotionnelle pouvant être ressentie à la suite d'une catastrophe²⁶ naturelle. Selon les auteurs, à la suite de la première évaluation d'individus relocalisés dans des campements (200), 65% d'entre eux étaient identifiés comme étant probablement atteints au plan psychiatrique. Deux ans plus tard, lors d'une seconde évaluation, la prévalence de la détresse émotionnelle avait augmenté à 78% chez un échantillon de sujets rencontrés lors de la première enquête.

Lors d'un suivi réalisé auprès de 113 victimes, cinq ans après un désastre naturel, Lima et al. (1993) ont noté une diminution de 31% de la détresse ressentie. Les auteurs ont ainsi conclu à un modèle de réaction émotionnelle se caractérisant par une prévalence élevée immédiatement après l'événement qui tend à augmenter dans les deux années qui suivent et qui se résorbe et s'achemine vers un retour à la normale dans les cinq ans après l'événement. Il semble également que les symptômes d'anxiété sont ceux qui sont davantage présents au cours des différentes évaluations et que les symptômes dépressifs, bien que moins fréquents, aient davantage prédit les problèmes émotionnels (Lima et al., 1989, 1990, 1993).

[91]

²⁶ Les études furent menées à la suite de l'éruption volcanique ayant détruit la ville d'Armero en Colombie, en 1985, causant la mort de 80% des 30 000 habitants.

Dans une autre étude auprès de personnes inondées, même si l'état de stress post-traumatique était la pathologie la plus commune, on a aussi diagnostiqué des cas de dépression majeure (36%) lui étant reliés, de l'anxiété généralisée (18%) et de la phobie simple (16%). De plus, l'abus de substances nocives fut aussi noté chez 10% de l'échantillon et n'était pas lié à l'état de stress post-traumatique²⁷. D'autres désordres courants ont aussi été décelés dans de moindres proportions, soit les troubles de panique, la phobie sociale, l'agoraphobie, etc. (Green et al., 1992). On a aussi remarqué que les victimes d'inondation démontraient des problèmes de fonctionnement aux plans des sentiments et des humeurs, ainsi qu'au plan de l'utilisation de leurs temps libres (Green et al., 1990b). Smith et al. (1986) ont aussi mentionné une hausse significative de désordres de développement à la suite d'une inondation tandis que Church (1974), se basant sur une étude de cas, a constaté de l'amnésie, de la culpabilité, des réactions de craintes aux éléments naturels, des plaintes somatiques et des cauchemars chez les victimes d'un désastre du même type.

Canino et al. (1990) ont quant à eux fait mention d'une augmentation des symptômes dépressifs et d'abus de substances nocives lors de pluies torrentielles et de glissements de terrain. Cardena et Spiegel (1993) ont pour leur part enregistré un nombre et une fréquence significativement plus importants de symptômes pendant et immédiatement après un tremblement de terre que lors d'une seconde évaluation réalisée après quatre mois auprès de 100 étudiants de niveau post-doctoral. Malgré l'absence ou la faible importance des pertes (personnelles ou dommages à la propriété), les sujets démontraient des symptômes de dissociation et d'anxiété²⁸ une semaine après l'événement. Au plan de l'altération cognitive, l'hypervigilance (76%), les difficultés de concentration (71%) et les réactions exagérées de sursaut (67%) étaient les symptômes les plus fréquemment mentionnés. La capacité mnémonique était aussi altérée par un [92] rappel détaillé du traumatisme, chez 55% des sujets, ainsi que par les souvenirs intrusifs (39%) et les associations affligeantes (39%). La perception du temps

²⁷ On retrouve une similarité des symptômes mentionnés ici avec ceux rapportés dans l'étude menée par Lima et al. (1987) à la suite d'une éruption volcanique en Colombie, en 1985, utilisant le SRQ (Self Reporting Questionnaire).

²⁸ Outre les résultats qui suivent, d'autres symptômes étaient aussi constatés. Nous avons mentionné seulement ceux qui étaient prédominants.

était également modifiée par une impression d'étirement du temps chez 51% des sujets (time expansion). La déréalisation était aussi constatée par une ambiance irréelle (40%) et un manque d'intérêt pour les activités habituelles (40%). La dépersonnalisation se remarquait, entre autres, par une distanciation des événements, chez 40% des sujets, et un sentiment de détachement de son corps chez 25% d'entre eux. L'anxiété somatique ressortait selon des items rapportés par plus du tiers des sujets, soit de l'agitation, de la fatigue facile, des palpitations et de la réactivité physiologique. D'autres symptômes tels les difficultés de sommeil (44%), le désespoir (42%) et l'anxiété générale (36%) étaient aussi associés à de l'anxiété non somatique chez les participants.

Deux ans après l'inondation de Buffalo Creek, 90% des sujets souffraient d'anxiété, de dépression, de changement de caractère et de style de vie ainsi que de problèmes de développement et d'adaptation (Titchener et Kapp, 1976). Les auteurs de cette étude ont aussi mentionné la présence d'un syndrome névrotique clinique chez 80% des survivants plaignants. Ce problème, qualifié alors de syndrome collectif, avait persisté plus de deux ans après le désastre. Selon des entrevues d'orientation psychanalytique, l'ego est également affecté temporairement et celui-ci prend de 6 à 24 mois à se réorganiser partiellement ou totalement. Les problèmes émotionnels des sinistrés de Buffalo Creek se sont transformés en anxiété, en obsession, en développement de phobies relatives à l'eau, au vent, à la pluie et à d'autres éléments naturels pouvant se rapporter à une éventuelle inondation (idem). Plus récemment, Green et al. (1994) ont rapporté, dix-sept ans après l'événement, un taux de dépression liée à l'inondation de 32% chez des victimes de Buffalo Creek. Selon les auteurs, les abus d'alcool et de drogues, liés à l'événement, se situaient à 18%.

[93]

Certains autres chercheurs ayant étudié le même événement rapportent, parmi la population touchée par cette rupture de barrage et ces inondations, des sentiments de mort imminente, la peur de dormir quand il pleut, ou celle des foules, que l'on associe au désastre, ainsi que des cauchemars persistants (Lifton. et Olson, 1976). La qualité de vie des personnes touchées semble grandement affectée ; certains n'arrivent plus à retrouver leur vitalité d'avant le désastre et le plaisir de vivre. Au plan interpersonnel, certaines personnes éprouvent une in-

capacité à éprouver des sentiments (engourdissement émotionnel et psychique) en réaction à la stupeur vécue. Chez les gens qui ne peuvent manifester leur douleur, on remarque une apparente hyperactivité (Idem).

Les victimes semblent aussi vivre un sentiment de culpabilité. Ce sentiment peut être lié à l'impression de ne pas avoir fait quelque chose pour aider les autres (Lifton et Olson, 1976), de ne pas avoir entendu les avertissements ou pris certaines précautions (Raphael, 1986) ou de ne pas être demeuré sur les lieux pour tenter de sauver la demeure (Simonovic, 1997). Cette culpabilité ressentie peut se transformer et se manifester sous certaines formes : somatisation, hallucination, héroïsme, etc. Des réactions de défense peuvent apparaître sous forme de dissociation et d'hystérie. L'anesthésie émotionnelle peut aussi se transformer en paroles inappropriées ou en humour macabre, ou encore en intellectualisation afin de camoufler les émotions réelles éprouvées (Edwards, 1976).

Les victimes de désastres peuvent se percevoir comme étant elles-mêmes affectées négativement au plan psychologique ou constater cette situation chez leurs proches. Ainsi, à la suite d'une inondation, les adultes se percevaient significativement plus déprimés et stressés (Ollendick et Hoffmann, 1982). Dans une étude se rapportant à une tornade, 25% des répondants ont mentionné que les membres de leur famille vivaient de la [94] tension à la suite du désastre (Penick et al., 1976). De plus, 75% des personnes ont rapporté une augmentation de détresse subjective associée à la tension, la nervosité, l'anxiété et les plaintes somatiques (idem). Inversement, les individus affectés par un désastre risquent de relativiser la situation et de se dire qu'ils ne sont en fait que des personnes qui tentent de s'adapter à une situation difficile et ainsi avoir tendance à croire que l'aide des spécialistes en santé mentale n'est pas requise (Lima et al., 1989).

Des symptômes d'intrusion et d'évitement ne correspondant toutefois pas à des psychopathologies ont été notés chez les victimes d'un tremblement de terre. Plus de la moitié des sujets ont confirmé ressentir, à des fréquences variables, des pensées dérangeantes, de l'hypervigilance et de la peur dans les secteurs vulnérables (Kaltreider et al., 1992). Lima et al. (1987) ont mentionné antérieurement que les diagnostics les plus fréquents, à part l'état de stress post-traumatique, furent la dépression majeure, les problèmes d'anxiété généralisée, l'abus

d'alcool et les phobies. Bromet et al. (1980) ont aussi fait mention d'une hausse de l'anxiété et de la dépression chez les mères de jeunes enfants après l'accident de Three Mile Island pendant l'année suivant le désastre. Plus récemment, McFarlane et DeGirolamo (1996) ont mentionné que la dépression, les attaques de panique et les problèmes d'anxiété chez les victimes de désastres peuvent être des problèmes de santé rencontrés chez les sinistrés sans toutefois constituer des symptômes de l'état de stress post-traumatique.

Certains comportements autodestructeurs peuvent aussi être constatés à la suite de pertes personnelles et du stress associés au désastre. De même, des réactions dépressives, des idées et des comportements suicidaires sont également susceptibles de se manifester (Frederick, 1977 ; Green et al., 1994 ; Warheit et al., 1996). Un traumatisme chronique est également associé à des désordres dissociatifs, à la somatisation et il comporte un potentiel d'adoption de comportements destructeurs (tentatives [95] de suicide, automutilation et problèmes liés à l'alimentation), selon Van der Kolk et al. (1996a).

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

- * Il est indéniable que les désastres risquent d'affecter, à divers degrés, la santé des individus qui y sont directement ou indirectement exposés.
- * Les effets des désastres se doivent d'être évalués dans une dimension globale intégrant plusieurs aspects de la vie des victimes.
- * Plusieurs modèles d'analyse des effets des désastres sur la santé biopsychosociale ont été proposés par les chercheurs. Les principales dimensions, composantes ou variables intégrées dans ces modèles concernent ou regroupent, entre autres, les éléments suivants ²⁹ :

²⁹ Tout dépendant du point de vue des auteurs, des stratégies et de la méthodologie de la recherche, les éléments mentionnés seront isolés ou incluront d'autres sous-éléments. Ainsi, les caractéristiques du désastre peuvent inclure les

- la nature du désastre (naturel ou technologique) ;
- les caractéristiques du désastre (étendue, force d'impact, soudaineté, etc.) ;
- le degré de menace à la vie ;
- le degré de deuil ;
- les dommages directs, indirects et tangibles ;
- la durée de la souffrance ;
- les déplacements et la relocalisation ;
- la proportion de la communauté affectée ;
- la réaction de la communauté ;
- les variables médiatrices ;
- l'évaluation du tort ou de la responsabilité ;
- les variables sociodémographiques et les caractéristiques individuelles des victimes ;
- les ressources disponibles, menacées ou perdues.

[96]

- Certains facteurs influencent le type et l'intensité des répercussions négatives sur la santé physique des victimes. Mentionnons, entre autres :
 - les symptômes et la pathologie psychologiques ou psychiatriques ;
 - l'adoption de stratégies d'adaptation inadéquate ou non efficaces ;
 - les événements de vie engendrés par le désastre ou antérieurs à ce dernier ;
 - les aspects économiques du désastre ;
 - les conditions socio-sanitaires existant avant le désastre ou se manifestant pendant et après celui-ci ;

dommages à la propriété alors que dans une perspective différente, ces derniers seront compris dans le degré d'exposition au désastre.

- l'état de santé physique ou psychologique pré-désastre ;
 - les variables sociodémographiques et les caractéristiques individuelles.
- Parmi les principaux symptômes, maladies ou conséquences négatives enregistrés au plan de la santé physique ³⁰, on retrouve, dans la documentation consultée :
 - l'augmentation générale de la mortalité de toutes causes ;
 - la hausse des interventions chirurgicales ;
 - l'augmentation des visites ou des admissions hospitalières ;
 - l'augmentation de la mortalité due au cancer ;
 - la fatigue ;
 - l'épuisement ;
 - la perte d'entrain ou d'appétit ;
 - l'anxiété ;
 - la tension ;
 - la manifestation de nouvelles maladies souvent chroniques ;
 - les maux de tête ;
 - le dysfonctionnement du foie ;
 - l'hypertension ;
 - les problèmes gastro-intestinaux ;
- [97]
- les problèmes ostéopathiques, musculaires ou articulaires ;
 - les problèmes cardiovasculaires ou respiratoires ;
 - l'augmentation des avortements spontanés ;
 - l'augmentation des cas de diabète ;
 - l'alcoolisme et les problèmes de consommation de drogues ;

³⁰ Ces effets ou conséquences peuvent être enregistrés lors du désastre ainsi qu'à court, moyen et long terme après l'événement.

- l'aggravation de problèmes de santé existant avant le désastre ;
 - les blessures diverses (entorses, lacérations, contusions, etc.) ;
 - les problèmes de déshydratation ;
 - les problèmes cutanés ;
 - les manifestations de stress physiologique tels les essoufflements, les étourdissements, les nausées, les engourdissements, les douleurs à la poitrine, etc. ;
 - la fatigue chronique ;
 - l'augmentation de la prise de médicaments ;
 - les problèmes de sommeil ;
 - etc.
- * L'état de stress post-traumatique est un des syndromes le plus souvent étudiés dans la littérature. Il a davantage de probabilité de se développer en fonction de l'importance, de l'intensité ou de la gravité d'un désastre où un stress aigu se manifeste chez les victimes. On parle généralement d'événements où des décès, des blessures importantes ainsi que le danger pour la vie sont constatés.
- * L'état de stress post-traumatique est souvent accompagné d'autres problèmes de santé physique ou psychologique.
- * L'état de stress post-traumatique peut être confondu avec d'autres problèmes de santé ou de comportement.
- [98]
- * Étant donné l'augmentation de l'état de stress post-traumatique dans la population en général, les intervenants en santé devraient être formés davantage à le reconnaître ou à le différencier d'autres psychopathologies.
- * Divers problèmes de santé psychologique peuvent se manifester chez les victimes d'un désastre. Notons toutefois qu'ils ne sont

pas généralisés à l'ensemble de celles-ci et qu'ils sont influencés par diverses variables. On évoque surtout :

- les symptômes partiels ou les sous-symptômes de l'état de stress post-traumatique (intrusion, évitement, engourdissement émotionnel, etc.) ;
- la détresse psychologique (à divers degrés) ;
- les pensées dérangeantes ou non désirées ;
- les problèmes de mémoire et les difficultés de concentration ;
- les symptômes somatiques ;
- l'anxiété ;
- la dépression ;
- l'hyperactivité, l'agitation ou l'hypervigilance ;
- la tension, la nervosité ou la panique ;
- la phobie (sous diverses formes) ou la crainte des éléments liés au désastre (bruits, secousses, pluie, etc.) ;
- les dérangements, les changements d'humeur ou les changements émotionnels ;
- l'amnésie ou l'anesthésie émotionnelle ;
- les sentiments d'impuissance, de culpabilité ou de désespoir ;
- le manque ou la perte d'entrain pour les activités habituelles ;
- la dépersonnalisation ;
- la dissociation ;
- les problèmes de comportement et d'adaptation ;
- les névroses ;
- l'obsessivité ou la compulsivité ;
- l'usage abusif de substances nocives ;

[99]

- les comportements autodestructeurs ;

- etc.

- * Certaines réactions, ou symptômes émotionnels ou psychologiques, sont perçues comme normales et habituellement passagères après un désastre.
- * Les réactions et symptômes psychologiques ou émotionnels sont influencés par plusieurs variables inhérentes au désastre, aux caractéristiques sociodémographiques ou personnelles ainsi qu'à l'environnement social et familial des victimes.
- * On note une augmentation de la psychopathologie générale chez les communautés et les populations affectées par un sinistre.

[101]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 3

L'enfance, l'adolescence et la santé physique et psychologique

[Retour à la table des matières](#)

Après un désastre, les enfants et les adolescents constituent des groupes à risques pour le développement de pathologies et de symptômes psychologiques (Alexander, 1990 ; Baum, 1987, 1991 ; Crabbs et Heffron, 1981 ; Drabek et Key, 1981 ; Olson, 1993). Cette réalité est amplifiée par le fait que les enfants n'expriment pas aussi clairement leur chagrin ou leurs autres sentiments que les adultes ayant des façons propres d'intérioriser ou d'extérioriser leurs symptômes (Benedek, 1985 ; Bromet et Dew, 1995 ; Raphael, 1975). De plus, ils réagissent aux réactions des personnes significatives (Lystad, 1984).

Les parents semblent malheureusement avoir tendance à sous-estimer le degré d'atteinte ou d'altération psychologique des enfants ainsi que la présence de problèmes de comportements à la suite d'un désastre (Burke *et al.*, 1982 ; Earls *et al.*, 1988 ; Handford *et al.*, 1986). Il semble également exister chez les parents une propension à attribuer aux enfants des capacités d'adaptation qu'ils n'ont pas nécessairement. Les adultes croient aussi que les enfants oublient facile-

ment et que les possibilités d'apparition de symptômes retardés sont plutôt négligeables (Gordon et Wraith, 1993 ; Terr, 1979).

Pynoos et Nader (1993) ont souligné que les adultes méconnaissent les modifications mentales chez les enfants à la suite de traumatismes. Les auteurs notent aussi une tendance à considérer les événements traumatisants chez les enfants comme des expériences uniques ou multiples plutôt qu'à envisager leur intégration dans un continuum ou une expérience [102] globale du vécu des enfants. Les enfants peuvent également être davantage affectés en raison de méthodes d'adaptation non encore développées et de leurs habiletés limitées à agir indépendamment des adultes (Compas et Epping, 1993 ; Eth et Pynoos, 1985).

Ces aspects spécifiques aux jeunes victimes entrent en considération lors de l'évaluation de l'impact d'un désastre sur leur santé. Ils mettent aussi en évidence le besoin de connaissance et de maîtrise de techniques particulièrement adaptées à cette clientèle par les intervenants afin de déceler, de traiter ou de prévenir des traumatismes émotionnels présents ou le développement de symptômes subséquents au désastre (Aguilera et Planchon, 1995 ; Kozlovskaja *et al.*, 1991 ; La-Greca *et al.*, 1996b ; McDougall Herl, 1992) et la nécessité d'évaluer les enfants à différentes périodes de temps après un désastre en utilisant des outils variés (Jeney-Gammon *et al.*, 1993).

Si la présence du syndrome de stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents a fait l'objet de la principale préoccupation de recherche chez maints auteurs (Garrison *et al.*, 1995 ; Goenjian *et al.*, 1995 ; Lonigan, 1994 ; Shannon *et al.*, 1994 ; Shaw *et al.*, 1996), d'autres symptômes et pathologies lui étant liés ou non ont été remarqués chez les jeunes victimes de désastres.

Considérant les réactions générales des enfants aux désastres, Raphael (1986) mentionne que ceux-ci sont affectés par des problèmes du sommeil et des cauchemars. Ils ressentent également une peur pouvant être ravivée par des souvenirs, des bruits et des événements météorologiques leur rappelant le désastre. Une réponse de peur plus généralisée se manifeste aussi par une anxiété de séparation augmentée : les enfants régressent, s'accrochent aux parents, craignent l'absence de ceux-ci (même lorsqu'ils sont à proximité) et essaient même de dormir [103] avec eux. Bien que présentes, ces peurs peuvent toutefois être camouflées. Les réactions physiques se manifestent souvent

par la fréquence de problèmes gastro-intestinaux. Alors que l'insécurité peut se transformer en une préoccupation constante face à la nourriture ou en une perte d'appétit, l'irritabilité semble commune tout comme les réactions psychosomatiques telles les maux de tête et d'estomac. Les enfants plus jeunes peuvent aussi croire qu'ils sont responsables du désastre.

En se référant à Terr (1979), Raphael (1986) rappelle que les jeux reliés au désastre sont également une réponse émotionnelle à celui-ci ; alors que certains permettent une acceptation et une résolution de la crise (l'expression des sentiments par le dessin par exemple), d'autres n'allègent pas la tension et l'anxiété (jeux traumatiques avec une fin tragique) et ils semblent mener à des pathologies futures. Raphael (1986) a par ailleurs mentionné que, selon Higgins et Schinckel (1985), les enfants étant le plus à risque de démontrer une importante morbidité étaient ceux chez lesquels on constatait une dysfonction familiale, de la surprotection ou encore des symptômes de l'état de stress post-traumatique.

Selon Ollendick et Hoffman (1982), dans une étude réalisée à la suite d'une inondation, la détérioration de l'état de santé chez les enfants se manifeste en comportements agressifs et régressifs, en peurs et en problèmes de sommeil. De plus, le tiers des enfants manifestaient des problèmes temporaires tandis que les deux tiers démontraient des problèmes à long terme. Les problèmes de sommeil et les plaintes somatiques ont aussi été reliés au bouleversement émotionnel chez les enfants par Dollinger (1986b). Cet auteur a indiqué que les enfants avaient tendance à se cramponner davantage à leur mère, rapportaient des diarrhées plus fréquentes que la plupart des enfants et démontraient des peurs intenses, des malaises et des douleurs musculaires. Durkin *et al.* (1993), pour leur part, constatent une [104] augmentation de l'énurésie chez 34% des enfants âgés de trois à six ans à la suite d'un désastre naturel.

Dans une étude réalisée après l'ouragan Andrew, même si peu d'adolescents avaient rapporté plusieurs symptômes de l'état de stress post-traumatique, la plupart en manifestaient quelques-uns. Les symptômes le plus souvent éprouvés étaient la difficulté de concentration (36%), l'irritabilité (30%), les pensées intrusives (20%) et les réactions d'évitement (29%). Le détachement ainsi que les efforts pour éviter des pensées ou sensations pouvant rappeler le traumatisme et l'hype-

ractivité physique ont aussi été mentionnés par les auteurs (Garrison et al., 1995).

Saylor et al. (1992) ont aussi noté chez des enfants d'âge préscolaire ³¹ certains symptômes similaires à l'état de stress post-traumatique dans des proportions de 50% à 90% ainsi que des modifications du comportement et l'apparition de nouvelles craintes, de légères à extrêmes, chez 67% d'entre eux. Chez un groupe d'âge similaire, Sullivan et al. (1991) ont rapporté que ceux-ci démontraient plus de problèmes comportementaux après un ouragan. Ces comportements se manifestaient sous forme d'attitudes demandantes et dépendantes, de frustration, d'irritabilité, d'accès de colère, de nervosité et de problèmes du sommeil. Différentes craintes apparaissaient aussi face à certains éléments naturels (orages, tonnerre, etc.), face à la noirceur et face aux animaux. De plus, la peur de voir leur maison emportée par les vents ou de voir leurs parents quitter la maison se manifestait chez plusieurs enfants.

Similairement, Miller et al. (1993) ont relaté que, dans l'année suivant un tremblement de terre ³², les enfants continuaient d'avoir des cauchemars, des problèmes de sommeil et d'éprouver de la culpabilité. La crainte des étrangers, la peur de se retrouver seuls et d'être à l'extérieur ainsi que des appréhensions [105] face à certains aliments et animaux se manifestaient également souvent. Le symptôme le plus évident demeurait la peur de la noirceur. Les auteurs ont aussi noté chez leurs jeunes sujets ayant résidé dans des abris temporaires un sentiment d'avenir limité et la perte de confiance face aux individus - surtout lorsqu'il s'agissait de représentants des gouvernements. Azarian et Skriptchenko-Gregorïan (1997) ont aussi rapporté qu'un an après un tremblement de terre, 89,9% des jeunes sujets demeuraient effrayés lorsqu'ils ressentaient des vibrations, 81% craignaient un autre tremblement de terre, 58,7% avaient peur du bruit et 49,5% étaient effrayés par les édifices.

³¹ Les auteurs ont étudié les réactions de trois groupes d'enfants fréquentant la maternelle à la suite de l'ouragan Hugo en Caroline du Sud en 1989.

³² Cette catastrophe s'est produite en Arménie en 1988. Près de 20 000 décès furent enregistrés dont presque les deux tiers concernaient des enfants et des adolescents.

Burke et al. (1986) ont constaté, chez de jeunes victimes d'une catastrophe naturelle, de la peur, de la dépression et de l'anxiété perdurant dix mois après l'événement. Pour leur part, Wood et al. (1992) ont remarqué une augmentation des cauchemars, Dollinger et al. (1984) ont aussi trouvé des problèmes au plan du sommeil en plus des symptômes somatiques et d'un dérangement émotionnel, tandis que Parker et al. (1995) ont noté, à la suite d'une étude réalisée deux ans après l'événement ³³, que les parents des jeunes victimes mentionnaient que leurs enfants éprouvaient toujours des difficultés émotionnelles et des problèmes de sommeil.

McFarlane (1987) a également noté, à la suite d'une étude longitudinale réalisée auprès de plus de 800 enfants ³⁴, que des répercussions psychologiques non perceptibles deux mois après le sinistre l'étaient à huit mois et que celles-ci n'avaient pas diminué d'intensité deux ans plus tard. Newman (1976) a quant à lui mentionné que les enfants de moins de onze ans demeurant à Buffalo Creek démontraient un affaiblissement émotionnel lié au stade du développement au moment de l'inondation. De plus, les enfants affichaient certains symptômes et comportements problématiques tels l'impossibilité de dormir seul et de prendre un bain sans crier. L'énurésie, le fait de crier pendant son sommeil, [106] de se fâcher facilement, d'être préoccupé par la sécurité des amis, la présence de cauchemars terrifiants ainsi que diverses réactions d'anxiété traumatique (tremblements des mains, tension, nervosité, etc.) ont également été remarqués.

Burke *et al.*, (1982) ont aussi souligné l'apparition et la persistance de problèmes comportementaux pouvant perdurer jusqu'à cinq mois après une catastrophe ³⁵ et Penick *et al.* (1976) ont également évoqué que des effets pervers à la suite d'un désastre pouvaient être décelés jusqu'à quatre ans après un désastre naturel.

³³ Il s'agit ici d'enfants ayant survécu à l'effondrement d'une toiture d'école survenu à Swindon au sud de l'Angleterre en 1991. L'effondrement était dû à un ouragan et un enfant y perdit la vie alors qu'un autre fut sérieusement blessé.

³⁴ Les évaluations ont eu lieu à la suite des incendies dévastateurs survenus en Australie en 1983.

³⁵ Il s'agit ici d'un important blizzard et d'inondations subséquentes survenus au Missouri en 1978.

Gordon et Wraith ³⁶ (1993) décrivent quant à eux les différents symptômes pouvant être éprouvés à court (immédiatement et pendant les premières semaines), à moyen (des premières semaines à un an) et à long terme (pendant la seconde année et au-delà) par les enfants et les adolescents à la suite d'un désastre. L'information fournie par les auteurs est résumée au tableau 8.

À la suite du tremblement de terre d'Arménie, Kozlovskaia *et al.* (1991) ont observé 1900 enfants âgés d'un mois à dix-huit ans et 100 membres de leur famille. Le principal facteur pathogène ayant causé des désordres neuropsychiatriques chez les enfants fut l'effet sismique du tremblement de terre (secousses causant une hyperstimulation et affectant les systèmes autonomiques) et le traumatisme mental lui étant associé. La plupart des enfants résidant près de l'épicentre ont souffert d'une forte perturbation émotionnelle dans les jours et les semaines qui suivirent le tremblement de terre.

Le constat de décès et de blessures chez des personnes significatives, la destruction physique des lieux, la confrontation à la détresse, le désespoir et la douleur des adultes ainsi que les

³⁶ Ces auteurs ont par ailleurs élaboré un modèle d'analyse du traumatisme chez les enfants, soit le modèle du continuum de vie, lequel intègre plusieurs composantes dont les caractéristiques du traumatisme psychique et les facteurs médiateurs.

[107]

Tableau 8
Les réactions des enfants et des adolescents
à la suite d'un désastre

[Retour à la table des matières](#)

<p>Réactions à court terme</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Le phénomène de répétition (parler sans cesse de l'événement, les rêves et les cauchemars, les états confusionnels, les rêves éveillés, etc.) * La crainte et l'insécurité * Les réactions émotionnelles (retrait, tristesse, colère, etc.) * Les comportements de régression et de désorganisation * L'excitation ou l'éveil amplifié (sursauts, états d'alerte, etc.) * La conscience précoce et les préoccupations relatives au désastre (questions, commentaires, intérêts, etc. démontrant une maturité ne correspondant pas à l'enfant) * La confusion et la désorientation
<p>Réactions à moyen terme</p>	<ul style="list-style-type: none"> * La persistance des effets à court terme * Les signes de stress général (santé physique déficiente, plaintes psychosomatiques, instabilité émotionnelle, etc.) * Les changements relationnels, les changements d'intérêts et d'attitudes * Le comportement de rejet * Les symptômes pseudonévrotiques * La perte du cours développemental * L'évitement de défis ou de nouvelles expériences * Les changements dans les relations avec les pairs * Les problèmes scolaires et des problèmes de performance

Réactions à long terme	<ul style="list-style-type: none"> * Les réactions à court et moyen termes persistent ou se manifestent pour la première fois * Les déviations développementales * L'échec, le décrochage ou la faible performance scolaire * Les changements de personnalité * Les problèmes chroniques avec les pairs * La santé physique déficiente * Les préoccupations face à d'éventuels traumatismes * Les changements d'identité * Les vues philosophiques
-------------------------------	---

Source : Gordon, R. et R. Wraith (1993), *Responses of Children and Adolescents to Disaster*, in John P. Wilson et Beverley Raphael (Eds.) *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Plenum Press, New York and London : 561-575.

[108]

conditions d'hébergement difficiles constituaient également des aspects mentalement traumatisants pour les enfants. Les réactions primaires aiguës observées chez la plupart des enfants âgés de plus de trois ans étaient la peur, l'anxiété et la confusion. Des signes de désordres de conscience (disordered consciousness), de l'excitation moteur ou de l'inhibition, des désordres du langage associés à des dysfonctionnements autonomiques (transpiration, refroidissement, pâleur, vomissements, etc.) ont également été notés. L'apparition d'un syndrome séismophobique chez ces enfants, lequel se manifestait dans les premiers jours suivant l'événement, était subséquemment aggravé par des désordres émotionnels.

Chez 25% des adolescents, Kozlovskaja, et al. (1991) ont observé que les symptômes étaient surtout des désordres de phobie anxieuse (peur que survienne un tremblement de terre, intensifiée par des éléments rappelant l'événement) alors que chez un même nombre d'adolescents, le portrait clinique démontrait une phobie anxieuse plus développée et des symptômes d'asthénie (une crainte surévaluée et obsessionnelle des tremblements de terre, des problèmes de sommeil importants, des troubles de l'humeur, des crises de larmes, des problèmes

relationnels, de l'irritation, etc.). La dépression était également présente chez 50% des répondants et leur portrait clinique démontrait des désordres affectifs prédominants.

LaGreca et al. (1996a) ont aussi mentionné que les enfants démontrant un état de stress post-traumatique de degré modéré à grave risquent davantage de répercussions à long terme, tandis que Newman (1976) a suggéré que les enfants qui rapportaient, deux ans après l'événement, un sens modifié de la réalité, une vulnérabilité accrue aux stress futurs, des sens altérés du pouvoir du moi et une conscience précoce de la fragmentation et de la mort étaient susceptibles d'être affectés par des suites post-traumatiques s'ils n'arrivaient pas à s'adapter en vieillissant.

[109]

Goenjian et al. (1995), qui ont étudié 63 enfants un an et demi après un tremblement de terre dévastateur, ont noté un diagnostic d'état de stress post-traumatique chez 95% d'entre eux tandis que 76% affichaient des problèmes de dépression. La coexistence des deux pathologies était présente chez 71% des sujets.

Les facteurs de vulnérabilité chez les enfants et les adolescents

[Retour à la table des matières](#)

La santé psychologique des enfants et des adolescents, tout comme celle des adultes, risque d'être affectée par différents facteurs pouvant les rendre plus vulnérables. Selon Benedek (1985), l'adaptation des enfants dépend de leurs prédispositions biologiques, de leur histoire génétique, de la force des liens familiaux et du soutien environnemental et scolaire. Lystad (1984), rapportant certains résultats des travaux de Perry, Silber et Black (1956-1958)³⁷, énonce que chez les enfants,

³⁷ Voir à cet effet, Perry, S., E. Silber et D. Block (1956), *The Child and his Family in Disasters : a Study of the 1953 Vicksburg Tornado*, National Academy of Sciences - National Research Council, Publication n° 394, Committee on Disaster Studies, Report n° 5, Washington, D.C. et Silber, E., S. Perry

les effets négatifs d'un désastre peuvent être atténués par le partage de l'expérience avec les adultes de la famille. La reconnaissance du besoin de dépendance des enfants par les parents, le soutien social et psychologique provenant du réseau familial étendu et la place ou le rôle spécifique de l'enfant dans les activités quotidiennes constituent également des facteurs pouvant modérer l'impact du désastre sur leur santé psychologique. Lystad mentionne également que les enfants réagissent à une expérience traumatisante, ou à un désastre, non comme des individus isolés, mais dans le contexte d'un environnement où gravitent les personnes qui leur sont significatives. Dans cette perspective, le fait de constater la vulnérabilité de leurs parents et leur absence de contrôle face aux désastres peut constituer une source d'anxiété et un sentiment d'insécurité chez les enfants (Shelby et Tredinick, 1995).

En ce qui a trait au sexe des enfants et des adolescents, deux tendances se dégagent des écrits scientifiques. La première attribue une plus grande vulnérabilité au sexe féminin. Certaines [110] recherches ont mentionné que la présence d'un état de stress post-traumatique ou de la symptomatologie lui étant associée était plus fréquente chez les filles que chez les garçons (Burke et al., 1986 ; Garrison et al., 1992, 1995 ; Green et al., 1991 ; Lonigan et al., 1991 ; Shannon et al., 1994 ; Shaw et al., 1996).

Après un désastre, les filles démontreraient aussi plus de détresse émotionnelle (Burke et al., 1986 ; Hardin et al., 1994)³⁸, une plus grande anxiété et plus de facteurs de perturbation physiologique et psychologique (Kozlovskaja et al., 1991 ; Lonigan et al., 1991). Pynoos et al. (1993) ont quant à eux observé plus de craintes que l'événement ne se reproduise chez leurs jeunes sujets de sexe féminin. Une fréquence plus importante des cauchemars se manifestait également chez elles un an et demi après le tremblement de terre. Shannon et al. (1994) ont aussi mentionné que les filles rapportaient plus de symptômes associés au processus émotionnel et à une réaction émotive au traumatisme, tandis que les garçons affichaient plus de symptômes

et D. Block (1958), Patterns of Parent-child Interaction in a Disaster, *Psychiatry*, 21 : 159-167.

³⁸ Des résultats précédents avaient cependant conclu à une plus grande vulnérabilité des garçons (Burke et al., 1982).

liés aux facteurs cognitifs et comportementaux. Bien que peu constante, la relation entre le sexe féminin et l'idéation suicidaire à la suite de l'expérience d'un désastre a été soulignée par Warheit et al. (1996).

La deuxième tendance fait ressortir l'absence de différences dans l'affectation au plan psychologique entre les deux sexes. Selon l'étude menée par LaGreca et al. (1996a) à la suite d'un ouragan, l'état de stress post-traumatique ne diffère pas selon le genre ; Shaw et al. (1995) ne mentionnent également pas de différences en ce qui a trait aux symptômes en relation avec le sexe.

Quoiqu'on ne puisse affirmer que le sexe féminin soit prédicteur d'une meilleure adaptation aux problèmes psychologiques suivant un désastre, cet aspect fut abordé lors de recherches. Selon Hardin et al. (1994), les filles posséderaient une efficacité d'auto-adaptation plus élevée que les garçons et elles [111] bénéficieraient d'un meilleur soutien social, tandis que Vemberg et al. (1996) ne mentionnent aucune différence entre les sexes au plan de l'adaptation. Raphael (1986) a par contre évoqué que les réactions des garçons aux pertes se transformaient davantage en comportements agressifs comparativement aux filles. Burke et al. (1982) abondent aussi dans ce sens, ayant remarqué que l'augmentation de l'anxiété et des problèmes comportementaux était plus importante chez les garçons. Une étude réalisée par Bryant (1993) auprès d'adolescents à la suite de l'ouragan Hugo a démontré que les filles utilisaient significativement ($p < 0.01$) plus de stratégies d'adaptation que les garçons. Ces derniers utilisaient cependant davantage l'humour comme stratégie.

En ce qui concerne l'âge des jeunes victimes, on constate une variation des résultats (Ollendick et Hoffman, 1982). Alors que certains ont constaté qu'un taux plus élevé de l'état de stress post-traumatique correspondait à un âge plus élevé chez les adolescents (Garrison et al., 1995) et à une symptomatologie décroissante de cet état chez les enfants plus jeunes (Green et al., 1991), d'autres chercheurs ont mentionné qu'un âge plus jeune correspondait à plus de symptômes d'état de stress post-traumatique et d'anxiété (Green et al., 1994 ; Lonigan et al., 1991). Contrastant avec ces résultats, certaines recherches n'ont établi aucune différence selon le niveau scolaire des sujets (LaGreca et al., 1996a) et chez un groupe d'enfants âgés de huit à onze ans (Shaw et al., 1995). Selon Raphael (1986), les enfants aînés de la famille seraient plus affectés au plan psychique que les plus jeunes.

D'autres chercheurs ont évoqué que l'ensemble des résultats de la recherche démontrerait que le degré de détresse augmente avec l'âge des enfants et que la présence de problèmes pré-désastre de santé psychologique et physique chez les enfants et les parents est un facteur de risque à la présence de détresse émotionnelle chez les enfants (Bromet et Dew, 1995).

[112]

Les enfants qui ont perçu une plus grande menace à leur vie et qui ont subi plus de pertes matérielles démontreraient également un plus haut taux d'état de stress post-traumatique (Jones et al., 1994 ; LaGrec et al., 1996a). Chez les adolescents, la perte de ressources personnelles, telles les meubles, les vêtements, les objets ayant une valeur sentimentale, a été significativement liée à la présence de l'état de stress post-traumatique. De plus, la crainte éprouvée par les adolescents pour leur propre vie ou pour celle de leurs proches (42% et 62% respectivement) était aussi liée à la présence de ce syndrome (Garrison et al., 1995). Similairement, Green et al. (1991) ont observé chez des enfants que la crainte pour leur vie lors d'un désastre prédisait cet état. Lonigan et al. (1994) ont aussi mentionné l'existence d'un lien entre une plus grande importance des dommages subis aux domiciles et la présence de l'état de stress post-traumatique. Une étude menée par Hardin et al. (1991) chez un groupe d'adolescents ayant été exposés à l'ouragan Hugo fait également ressortir que la menace à la vie correspondait à un des éléments stressants mentionnés par les adolescents.

Le temps écoulé depuis l'événement semble également agir au plan de la présence de pathologies et symptômes psychologiques. Dans une étude réalisée auprès de 30 enfants âgés de sept à treize ans, Shaw et al. (1996) ont mentionné qu'après 21 mois, malgré une tendance à la décroissance, l'état de stress post-traumatique était diagnostiqué chez la majorité des sujets, soit 70%, à des degrés graves et très graves. Les mêmes auteurs, dans une étude réalisée auprès de 144 enfants, ont constaté, après une réévaluation du tiers du groupe initial (huit mois plus tard), que 89% des sujets présentaient une détresse perpétuelle jugée de modérée à grave (Shaw et al., 1995).

L'étude de Swenson et al. (1996), réalisée auprès de sujets âgés de deux à dix ans, a démontré que ceux-ci, quatorze mois [113] après un

ouragan, démontraient des degrés significativement plus élevés d'anxiété et de retrait, et plus de problèmes de comportement que des enfants non affectés par le désastre. Les résultats de Green et al. (1991) font également mention d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique chez 37% des enfants deux ans après une inondation. Pour le même type d'événement, Burke et al. (1986) ont noté que la détresse pouvait perdurer plus de dix mois à la suite de celui-ci. Chez un groupe important d'adolescents (1264), les chercheurs ont également constaté que 5% d'entre eux rapportaient une symptomatologie associée à la présence d'un état de stress post-traumatique un an après un ouragan (Garrison et al., 1993). Warheit et al. (1996) ont également noté chez des adolescents que les scores de dépression post-désastre³⁹ s'avéraient les plus forts prédicteurs d'idéation suicidaire.

Une autre variable qui influence le degré de détérioration de la santé psychologique des enfants et des adolescents s'avère être le degré d'exposition au désastre. Plusieurs chercheurs ont mis en évidence les liens qui existent entre l'augmentation des symptômes d'état de stress post-traumatique et le degré d'exposition, tout comme ceux entre la détresse psychologique et l'exposition au sinistre (Hardin et al., 1994 ; Lonigan et al., 1991 ; Najarian et al., 1996 ; Pynoos et al., 1993 ; Vernberg et al., 1996). L'exposition directe a aussi été corrélée à l'état de stress post-traumatique par Garrison et al. (1993). Chez les enfants inondés de l'étude de Burke et al. (1986), ceux-ci manifestaient également plus de symptômes divers que les non-inondés et les résultats de Dollinger et al. (1984) provenant d'enfants de dix à douze ans ont confirmé plus de craintes intenses chez les victimes d'un désastre que chez les individus du groupe contrôle.

Chez les enfants de deux écoles exposées fortement ou faiblement à une catastrophe, Shaw et al. (1995) ont mentionné [114] que le degré de détérioration psychologique semblait presque équivalent, soit 87% et 80% respectivement, alors que Jones et al. (1994) ont aussi observé que les enfants et les adolescents dont le domicile avait été endommagé ou détruit à la suite d'incendies majeurs rencontraient significativement plus de critères d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique comparativement à un groupe non exposé à un tel événement.

³⁹ Il s'agit ici de l'ouragan Andrew ayant frappé le sud de la Floride en 1992.

Les stratégies d'adaptation, les caractéristiques personnelles, familiales et sociales, et les événements de la vie

[Retour à la table des matières](#)

Chez les enfants, les stratégies d'adaptation le plus couramment utilisées s'avèrent la pensée désireuse, l'adaptation positive, le retrait social ainsi que le blâme ou la colère (LaGreca et al. 1996a). La hausse des cauchemars constatée semble également un mode d'adaptation au stress vécu à la suite d'un désastre (Wood et al., 1992). Green et al. (1991) ont aussi mentionné que certains facteurs intervenant dans l'adaptation au désastre étaient l'âge, le sexe, l'impact du degré d'exposition et le fonctionnement parental. D'autres chercheurs ont mesuré l'impact de l'attribution de l'événement sur le dérangement émotionnel et la symptomatologie ; selon Dollinger et al. (1986a), les enfants ayant pu attribuer l'événement à quelqu'un ou quelque chose étaient plus affectés que ceux qui ne l'avaient pas fait.

En ce qui a trait aux caractéristiques personnelles des jeunes sujets, Lonigan et al. (1994) ont trouvé que ceux qui rapportaient des sentiments émotionnels négatifs étaient plus à risque de développer l'état de stress post-traumatique. De plus, il semble que le trait d'anxiété présent chez l'enfant constitue un facteur de risque en regard du syndrome et que la réactivité émotionnelle pendant l'événement y soit aussi liée. La présence d'un désordre préexistant chez les enfants a aussi été liée à un diagnostic de problème psychiatrique chez ces derniers à la suite d'un désastre (Earls et al., 1988). Selon Belter et Shannon (1993) [115] les enfants qui éprouvent des difficultés de quelque nature que ce soit avant le désastre ont une probabilité plus forte de ressentir des effets psychologiques négatifs et prolongés à la suite de ce dernier.

Le fonctionnement parental et familial semble aussi influencer sur la santé psychologique des enfants victimes d'un désastre (Raphael, 1986). LaGreca et al. (1996) sont parvenus à la conclusion que les enfants de familles disloquées démontraient une plus forte proportion d'état de stress post-traumatique. La psychopathologie parentale a aus-

si été identifiée comme un facteur prédisant cet état chez les enfants (Green et al., 1991). Ces derniers ont également mentionné qu'un climat familial perturbé ainsi qu'une atmosphère familiale irritable ou dépressive pouvaient constituer des facteurs de prédictibilité de l'état de stress post-traumatique. Le degré d'affectation psychologique des parents influence également celui des enfants (Breton et al., 1993 ; Earls et al., 1988 ; Gleser et al., 1981). Selon Boyce et al. (1993), l'ampleur de la détresse des parents constitue un facteur de prédilection de l'incidence de maladies physiques et des problèmes de comportement. En accord avec cette perspective, Swenson et al. (1996) ont suggéré que la détresse de la mère influençait la durée des difficultés des enfants et constituait un indice de prédiction de difficultés futures chez ceux-ci. Allen et Rosse (1998) abondent dans le même sens à la suite de leur étude, après un ouragan, auprès de 50 mères et enfants d'âge moyen de sept ans. Une relation significative entre les symptômes de stress parentaux et ceux des enfants fut établie. Les données ont suggéré que de hauts degrés de stress parental étaient associés à une augmentation des degrés de stress chez leurs enfants.

Contrairement à certains résultats rapportés ci-dessus, Parker et al. (1995) énoncent que la symptomatologie des parents n'affecte pas leur capacité à répondre aux besoins et difficultés [116] vécues par leurs enfants et, suivant cette ligne de pensée, Breton et al. (1993) suggèrent que les parents sont capables d'observer adéquatement les réactions de leurs enfants à la suite d'un désastre.

Mentionnant que des réactions psychopathologiques sont observées chez la plupart des enfants exposés à un désastre ⁴⁰, Sugar (1989) suggère que ces dernières sont influencées par l'âge, le degré de développement, la proximité des membres de la famille ainsi que par les spécificités de leur situation. Les pertes subies pendant et après le désastre ainsi que les réactions de la famille et de la communauté sont aussi des éléments qui entrent en considération dans les changements observés chez les enfants. L'auteur précise également que l'amélioration de la condition des enfants n'est pas déterminée par la réaction des parents. Toutefois, leur attitude face au désastre influence l'adaptation des enfants. Une attitude de calme et de maîtrise des parents ou

⁴⁰ L'auteur a évalué les réactions d'enfants à un écrasement d'avion survenu à Kenner (Los Angeles) en 1982.

des adultes présents lors de l'événement traumatisant et face à l'évaluation de la situation joue en faveur d'une perturbation moindre des enfants, tandis qu'un climat de panique et une remémoration constante et détaillée des éléments ou des moments du désastre ont un effet psychogénique additionnel sur les jeunes sinistrés. Il appert également qu'une attitude de surprotection maternelle peut correspondre à une manifestation de détresse parentale (McFarlane, 1987).

Le soutien social dont disposent les enfants agit sur la santé psychologique post-désastre. Ainsi, des degrés d'état de stress post-traumatique plus bas ont été retrouvés chez des enfants bénéficiant d'un meilleur soutien social (LaGreca et al., 1996). Notons également que, selon Burke et al. (1982), malgré une psychopathologie initialement plus importante chez les enfants provenant de familles à faible revenu, ceux-ci semblaient réagir plus efficacement à plus long terme en comparaison d'autres enfants provenant de familles mieux nanties.

[117]

Les chercheurs se sont aussi intéressés à la présence d'événements négatifs antérieurs vécus par les enfants et les adolescents, et à leur influence sur la détérioration psychologique. Ces événements peuvent se rapporter à des agressions de toutes sortes, à la perte d'un membre de la famille ou d'amis, à des situations de maladies ou de blessures, au divorce ou à la séparation, à l'absence parentale, au fait d'avoir échoué à la fin d'une année scolaire, aux ruptures amoureuses, etc. Plusieurs auteurs mentionnent qu'un plus grand nombre de ces événements influenceraient la manifestation de l'état de stress post-traumatique (Garrison et al., 1995, 1993 ; LaGreca et al., 1996). Hardin et al. (1994) ont conclu que les événements négatifs de la vie, qu'ils soient violents ou non violents, sont aussi importants que le degré d'exposition en ce qui a trait à la prédictibilité de la détresse psychologique. Les événements négatifs vécus pendant et après l'événement ont aussi fait l'objet de préoccupations (Garrison et al., 1995 ; Vernberg et al., 1996).

Les événements de la vie auxquels sont exposés les enfants victimes d'un désastre peuvent également avoir une influence sur leur santé physique. À cet effet, notons que Boyce et al. (1993)⁴¹, bien qu'ils

⁴¹ Cette étude est une des rares qui inclut des données pré-désastre.

n'aient pas remarqué d'augmentation des problèmes respiratoires chez l'ensemble d'un groupe d'enfants intégrant la maternelle, ont cependant noté que ceux qui démontraient une régulation à la hausse de leurs paramètres immunitaires accusaient une augmentation significative ($p < .05$) de maladies respiratoires à la suite d'un tremblement de terre. Les auteurs ont ainsi évoqué que les différences individuelles dans la réactivité immunologique après un stress mineur (entrée à l'école) pouvaient être associées au taux d'infection après un événement comportant un stress important, en l'occurrence le tremblement de terre.

Dans le même ordre d'idées, Ollendick et Hoffman (1982) ont mentionné qu'un changement d'école pouvait avoir un effet [118] néfaste sur les enfants affectés par un sinistre, alors que d'autres chercheurs ont plutôt mentionné un effet bénéfique (Wilson, 1975). Les pertes sociales, celles d'amis ou de professeurs appréciés par exemple, ont aussi été corrélées avec l'état de stress post-traumatique (Garrison et al., 1995). En ce qui a trait à un effet possible de la relocalisation à la suite d'un désastre sur la santé psychologique, Najarian et al. (1996) n'ont décelé aucune différence entre des enfants relocalisés à la suite d'un tremblement de terre et ceux qui ne l'avaient pas été. Quand on les compare à un groupe contrôle non exposé au désastre, les deux groupes d'enfants affichaient un état de stress post-traumatique, de la dépression et des difficultés comportementales significativement plus élevés. Les auteurs concluent ainsi que les enfants qui sont demeurés sur les lieux du désastre sont aussi affectés que ceux qui ont été relocalisés.

Certains chercheurs ont aussi noté chez les enfants victimes de désastre un dérangement au plan du rendement scolaire. Shannon et al. (1994) ont remarqué qu'une proportion de 30% de leur échantillon avait estimé que leur performance avait diminué. C'est chez les garçons âgés de treize à quinze ans que le rendement scolaire semblait le plus affecté. Généralement, la baisse de rendement correspondait à l'augmentation de l'âge⁴². Bendoroff et al. (1993) ont également mentionné que des mesures implantées et réalisées tôt après le désastre

⁴² Pynoos et al. (1993) ont observé que les pensées intrusives et la remémoration constante de l'événement entravaient la concentration des jeunes victimes et, par le fait même, nuisaient à leurs performances scolaires.

dans les écoles, afin de prévenir ou d'atténuer la symptomatologie et de favoriser l'adaptation chez les enfants, pouvaient s'avérer bénéfiques.

Prinstein et al. (1996) ont élaboré leur modèle de recherche sur l'adaptation des enfants selon un modèle proposant trois types d'assistance à l'adaptation à la suite d'un désastre naturel, soit le processus émotionnel, les rôles et les routines, et la distraction. Ces types d'assistance provenaient de trois sources différentes : les parents, les enseignants et les amis. L'étude fut réalisée auprès [119] d'élèves de niveau primaire (de la troisième à la cinquième année) (506). L'assistance à l'adaptation découlant des rôles et des routines fut la stratégie la plus souvent mentionnée par les jeunes sujets, suivie par la distraction et par le processus émotionnel. Les élèves plus jeunes (troisième année) rapportaient davantage le type d'assistance émotionnelle provenant des parents, comparativement aux élèves plus âgés (quatrième et cinquième années). Les auteurs n'ont pas noté de différence selon le sexe. Les enfants vivant une détresse plus profonde ont davantage mentionné l'assistance émotionnelle et la stratégie de distraction.

Jeney-Gammon et al. (1993), qui ont effectué une étude auprès d'élèves de groupes d'âge similaire, à la suite de l'ouragan Hugo, ont noté que les symptômes graves de dépression n'étaient pas plus fréquents chez les sujets en comparaison avec un échantillon normatif⁴³. Aucune différence selon le sexe ou le degré scolaire ne fut notée. Parmi les stratégies d'adaptation les plus utilisées figuraient la pensée magique (94%), la restructuration cognitive (89%), la distraction (88%), la résolution de problème (79%), la régulation émotionnelle (76%), le soutien social (76%), le retrait social (74%) et la résignation (43%). Se blâmer soi-même ou blâmer les autres furent des stratégies moins utilisées (28% et 19%). Au plan individuel, l'efficacité perçue des stratégies utilisées n'était pas liée significativement aux symptômes dépressifs, mais les sujets qui adoptaient des stratégies qui étaient perçues comme non efficaces par l'ensemble du groupe avaient tendance à éprouver plus de symptômes à un degré significatif ($p < .001$).

⁴³ Notons toutefois que seulement 42% des parents des enfants qui furent identifiés pour participer à l'étude ont donné leur accord et qu'un biais peut s'avérer présent puisqu'il se peut que ce soit les enfants moins dépressifs qui aient participé à l'étude.

Les auteurs ont aussi noté que le nombre de stratégies utilisées était positivement et significativement lié aux résultats obtenus au Children's Depression Inventory (CDI) et que cinq stratégies étaient positivement liées au plan des symptômes, soit la distraction, le retrait social, le fait de se blâmer soi-même, la régulation émotionnelle et la pensée magique. Lorsque l'effet du nombre de stratégies était contrôlé, trois stratégies étaient positivement liées à la détresse : le retrait [120] social ($p < .02$), le fait de se blâmer soi-même ($< .03$) et la régulation émotionnelle ($p < .05$). La restructuration cognitive ($p < .01$) et la recherche de soutien social ($p < .05$) étaient pour leur part associées à moins de symptômes.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

- * Les enfants et les adolescents sont susceptibles de subir des effets psychologiques négatifs à la suite d'un désastre, dont l'état de stress post-traumatique. Consécutivement à un sinistre, des problèmes de sommeil, des craintes liées aux éléments du désastre ou aux situations pouvant y être associées, la régression, la confusion, la phobie anxieuse, l'inhibition, la dépendance accrue aux parents et la dépression peuvent également être notées chez ceux-ci.
- * Les problèmes gastro-intestinaux, les problèmes de sommeil, les maux de tête, l'irritabilité et l'agressivité, les douleurs musculaires, l'énurésie, les difficultés de concentration ainsi que d'autres symptômes ou réactions physiologiques peuvent correspondre, chez les enfants et les adolescents, à des expressions de la crainte ressentie, à l'insécurité et aux bouleversements émotionnels.
- * Des réactions ou des effets psychologiques émotionnels et comportementaux peuvent être constatés chez les enfants au moment du désastre, dans les semaines, les mois ou les années qui le suivent.
- * Certains facteurs prédisposent les enfants et les adolescents à une plus importante vulnérabilité aux effets psychologiques né-

gatifs ou, inversement, minimisent l'impact des désastres sur la santé et favorisent une meilleure adaptation. On évoque surtout :

[121]

- les prédispositions biologiques ;
- l'histoire génétique ;
- les caractéristiques individuelles ou les traits de personnalité ;
- les liens familiaux ;
- le degré d'exposition au désastre ;
- le soutien environnemental, familial ou scolaire ;
- la possibilité de partager l'expérience avec des personnes significatives ;
- le fonctionnement familial ou parental ;
- le constat par les enfants de la vulnérabilité de leurs parents ;
- la santé psychologique des parents ;
- les réactions des parents et de la communauté ;
- le degré de menace à la vie ou à celle des proches ;
- les pertes matérielles et personnelles ;
- les dommages ou la perte du domicile ;
- la relocalisation ;
- les événements de vie négatifs survenant avant, pendant et après le désastre.

- * Les résultats obtenus par les chercheurs quant à l'influence du sexe et de l'âge des jeunes victimes sur les réactions psychologiques semblent plutôt inconsistants et mitigés. Les observations relatives à la capacité d'adaptation selon ces variables vont également dans le même sens bien que l'on semble distinguer que le type de stratégies d'adaptation et leur utilisation varient en fonction du sexe des enfants.

[123]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 4

Les effets des désastres sur la santé des aînés

[Retour à la table des matières](#)

La recherche sur les effets des désastres sur la population vieillissante a permis de dégager quatre grandes perspectives théoriques pouvant expliquer les résultats (Thompson et al., 1993). Les deux premières font état d'une prédiction selon laquelle les personnes âgées seraient plus affectées que les plus jeunes. C'est ainsi que la perspective de l'exposition est basée sur la faible probabilité des personnes âgées de recevoir des avertissements, une plus grande résistance à évacuer les lieux, une interférence entre l'accoutumance à des patterns de vie et un plus grand sens de privation résultant de leurs pertes. La deuxième, la perspective des ressources, évoque que la capacité à s'adapter diminue avec l'âge et que les ressources disponibles sont moins accessibles avec l'avancement en âge. Les personnes âgées vivront une plus importante détresse post-désastre que leur contrepartie plus jeune.

Les deux dernières perspectives suggèrent la présence d'effets moindres chez les gens plus âgés. La perspective de l'inoculation suggère que la capacité d'adaptation croît avec l'âge et que les expositions antérieures à des situations difficiles ou traumatisantes augmentent la

résistance des individus ⁴⁴, les protégeant ainsi des effets indésirables sur la santé. La perspective des responsabilités démontrerait que l'âge plus avancé correspond à moins de responsabilités (familiales, financières, etc.) et que c'est au mitan de la vie que les personnes ressentent davantage les impacts négatifs des désastres (idem). Ces quatre perspectives peuvent sembler contradictoires puisque, d'une part, les aimés qui vivent un stress supplémentaire peuvent développer plus de problèmes de santé que les adultes ; toutefois, ils [124] possèdent plus d'habiletés et d'expériences pour les aider à s'adapter aux différents stress, ce qui constitue un modérateur des effets psychologiques négatifs (Gibbs, 1989).

La détresse psychologique et l'âge

[Retour à la table des matières](#)

Les études s'intéressant aux personnes âgées font peu état d'une investigation de l'état de stress post-traumatique auprès de ces groupes de sujets. Seuls Goenjian et al. (1994) et Livingston et al. (1992, 1994) semblent s'être intéressés plus spécifiquement à ce syndrome. Les résultats de Goenjian et al. (1994) ont confirmé la présence d'un état de stress post-traumatique dans une proportion de 67% dans la population étudiée, incluant les jeunes adultes. Les auteurs spécifient toutefois que dix-huit mois après le tremblement de terre ⁴⁵, les personnes âgées, comparativement aux plus jeunes, démontraient plus de symptômes d'évitement et moins de symptômes d'intrusion. Les problèmes de sommeil étaient aussi une difficulté majeure. Selon les auteurs, la proximité du désastre était aussi liée à une hausse des problèmes. Livingston et al. (1994) ont aussi réévalué, trois ans après le désastre de Lockerbie, dix-neuf sujets âgés provenant d'une étude antérieure. Les auteurs ont noté que le diagnostic d'état de stress post-

⁴⁴ Kato et al. (1996) ont également suggéré que, chez leurs sujets plus âgés, le fait d'avoir été exposés à des désastres antérieurs atténue la symptomatologie post-traumatique.

⁴⁵ Il s'agit ici d'un tremblement de terre survenu dans le nord de l'Arménie en 1988 qui aurait fait entre 25 000 et 100 000 victimes, selon diverses estimations des sources d'information.

traumatique (DSM-III-R) était toujours pleinement rencontré chez 15,7% des sujets.

Pour sa part, Fields (1996) mentionne qu'il y a plus de chercheurs qui ont étudié la manifestation de l'état de stress post-traumatique chez les aînés. De plus, celui-ci souligne que l'évidence d'une atteinte plus sérieuse des aînés en ce qui a trait au syndrome de l'état de stress post-traumatique, à l'anxiété, ou à une plus forte présence de problèmes psychologiques à la suite d'un désastre naturel n'a pas été démontrée par les chercheurs. Toujours selon Fields (1996), les personnes âgées en bonne santé mentale n'auraient pas de plus forte probabilité de rapporter une plus importante détérioration psychologique que les adultes plus jeunes.

[125]

Hyman (1997) suggère quant à lui que les vicissitudes du vieillissement peuvent réactiver un état de stress post-traumatique dont les symptômes n'étaient plus apparents depuis plusieurs années. L'auteur évoque aussi qu'à la suite d'un événement stressant, tel un désastre naturel, le syndrome peut se manifester de nouveau. Même présent, un état de stress post-traumatique peut être obscurci par la présence d'une maladie physique, la dépression ou d'autres psychopathologies. Lors d'un sinistre, d'autres facteurs tels une santé physique déficiente, des incapacités fonctionnelles, ou la perte d'autonomie, l'isolement physique ou social ainsi que le manque de ressources financières ou sociales contribuent aussi à augmenter le degré des difficultés susceptibles d'être vécues par les aînés. Les personnes âgées peuvent également éprouver des réticences à quitter leur domicile lors des alertes ou ne pas être informées de la nécessité de le faire (Santé Canada, 1994 ; Tierney et Baisden, 1979). La détection de problèmes psychologiques chez les aînés en situation de désastre demande une formation et une préparation qui ne sont pas toujours constatées auprès des intervenants (Fairchild et Denton, 1984 ; Fairchild et al., 1981).

D'autres chercheurs mentionnent toutefois la présence d'effets négatifs sur la santé physique et psychologique des personnes âgées à la suite de désastres (Hansson et al. 1982 ; Krause, 1987 ; Logue et al., 1981a ; Ollendick et Hoffmann, 1982 ; Phifer et Norris, 1989 ; Phifer et al., 1988). Selon Thompson et al. (1993), l'augmentation de l'âge est liée à une plus grande détresse psychologique lors de l'exposition à un

désastre. Les études de Price (1978) et de Gleser et al. (1981) arrivent aux mêmes conclusions en ce qui a trait à l'âge. Toutefois, ces études font plutôt ressortir que la détérioration est davantage marquée au milieu de la vie. Hansson et al. (1982) ont ainsi noté, à la suite d'une inondation, que les victimes les plus âgées démontraient une plus forte détresse psychologique que les victimes plus jeunes tandis que Norris et al. (1994) ont démontré que les [126] victimes âgées de 55 à 64 ans étaient plus affectées par la dépression que celles âgées de 65 à 74 ans. Par contre, ceux qui étaient âgés de 75 ans et plus étaient atteints par la dépression à un degré intermédiaire.

Vues sous un autre angle, certaines recherches ont démontré que les victimes plus âgées étaient relativement moins vulnérables à un dérèglement de leur santé psychologique que les plus jeunes ou qu'elles n'étaient pas plus gravement affectées par les désastres (Bell, 1978 ; Bolin et Klenow, 1982-1983 ; Cohen et Poulshock, 1977 ; Huerta et Horton, 1978 ; Kilijanek et Drabek, 1979 ; Melick et Logue, 1985-1986). Huerta et Horton (1978) ont mentionné qu'au plan du rétablissement émotionnel, les gens âgés semblaient mieux se rétablir que les plus jeunes. Ainsi, 42% des plus jeunes (65 et moins) trouvaient qu'ils ne s'étaient jamais remis complètement du désastre, contre 29% du groupe des plus âgés (65 et plus). Les gens plus âgés ne démontraient pas de sentiments excessifs de désorganisation personnelle comme résultant de pertes personnelles et ne s'estimaient pas plus affectés que les plus jeunes. Les seuls facteurs ayant semblé contribuer fortement au stress émotionnel et ce, chez les deux groupes d'âge, étaient d'avoir eu à déménager dans un domicile temporaire insatisfaisant. Les auteurs soulèvent également la réticence des aînés à utiliser certains services ou de l'assistance sociale.

Melick et Logue (1985-1986) ont quant à eux rapporté une anxiété moins élevée et un stress physique plus bas chez les gens âgés comparativement aux plus jeunes à la suite de l'ouragan Andrew. Bolin (1982) arrive également à des résultats similaires, en rapportant une relation négative entre les symptômes ressentis et l'âge des victimes ⁴⁶. Kato et al. (1996) ont également observé chez deux groupes de sujets exposés à un tremblement de terre que lors de la première évaluation, soit trois semaines après le désastre, tant les plus jeunes

⁴⁶ Il s'agit ici de victimes d'une tornade au Texas.

(moins de 60 ans) [127] que les plus âgés (60 ans et plus) éprouvaient divers symptômes post-traumatiques à court terme tels des problèmes de sommeil, de la dépression, de l'hypersensibilité et de l'irritabilité. Cependant, lors de la deuxième évaluation réalisée huit semaines après l'événement, les chercheurs ne notaient pas de diminution des symptômes chez les sujets plus jeunes alors que l'inverse se constatait chez les plus âgés pour huit des dix symptômes considérés.

Hutchins et Norris (1989), qui ont étudié les effets d'inondations sur les changements de la vie pouvant survenir chez des adultes âgés (55 ans et plus), ont trouvé que ceux-ci étaient plus vulnérables à vivre certains événements perturbateurs au plan de leur vie sociale. Plus spécifiquement, le premier groupe avait davantage de probabilités de subir la perte d'amis du voisinage et de constater l'émergence de nouveaux conflits familiaux. Globalement, les auteurs suggèrent toutefois que les aînés composaient relativement bien avec les effets post-désastre en raison d'exigences adaptatives moins élevées. Les victimes primaires et secondaires avaient également plus de probabilités que les non-victimes de cesser certaines activités sociales telles la fréquentation des lieux de culte et les activités récréatives. Les auteurs précisent aussi que les individus âgés de 65 ans et plus offraient dans l'ensemble une résistance plus forte aux effets émotionnels que les personnes plus jeunes (55-64) (Norris et al., 1994).

Maltais, Robichaud et Simard (sous presse), dans une recherche qualitative réalisée auprès de préretraités et de retraités victimes des inondations de juillet 1996, révèlent, pour leur part, que l'état de santé ainsi que la vie familiale, professionnelle et sociale des préretraités comme des retraités ont été fortement perturbés à la suite de leur exposition aux inondations. C'est ainsi que plusieurs préretraités et retraités, deux ans après cet événement, soulignaient avoir développé des problèmes de santé [128] physique et psychologique importants les empêchant de poursuivre leurs activités habituelles et nécessitant le recours à des médecins, à des travailleurs sociaux ou à des psychologues. Plusieurs répondants ont également fait part d'un vieillissement prématuré, d'une grande fatigue, d'une perte d'enthousiasme, de malaises, de maux chroniques ainsi que de pertes de poids et de sommeil. Au plan de l'organisation de la vie professionnelle, plusieurs préretraités ont dû s'absenter pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois de leur travail. De plus, un nombre non négligeable de ces ré-

pondants ont souligné l'obligation de retarder leur retraite de quelques années en raison des pertes monétaires importantes encourues par l'achat d'une nouvelle maison et par l'acquisition de biens essentiels à la vie. Un nombre équivalent de préretraités et de retraités ont également remarqué des changements notables dans leur vie sociale et dans leurs habitudes de loisirs. Le manque d'énergie, d'entrain et d'intérêt ainsi que l'endettement généralisé et l'éloignement géographique font que plusieurs individus ont abandonné leurs activités récréatives et ont diminué la fréquence des échanges sociaux avec les membres de la parenté et les amis.

Les changements constatés chez les préretraités comme chez les retraités ne sont pas seulement physiques ou psychologiques, ils sont également marquants sur le plan des comportements, des traits de caractère et des croyances. C'est ainsi que plusieurs femmes ont souligné que leur conjoint était plus impatient, plus agressif et moins tolérant face aux autres. D'autres ont aussi signalé que les tensions et les malentendus sont plus fréquents, que les incertitudes face à l'avenir les rendent plus fragiles et qu'il y a des pertes d'intérêt marquées pour des projets qui, avant les inondations de juillet 1996, leur paraissaient primordiaux.

Dans l'étude de Price (1978) menée après une inondation, les différences les moins importantes reliées à l'impact du désastre [129] sur les symptômes psychologiques, trouvées entre les victimes et le groupe contrôle, se constataient chez les moins de 35 ans et les plus de 75 ans (le groupe d'âge du milieu étant le plus affecté). Price fait aussi état d'une diminution des symptômes psychiatriques chez les femmes de plus de 65 ans. Bell (1978) a aussi noté que les personnes âgées s'adaptaient mieux que les plus jeunes à la suite d'une tornade et qu'elles s'estimaient moins affectées par le stress. L'auteur fait aussi mention d'une perception plus positive de l'événement et d'une plus grande rapidité des plus âgés dans la résolution de l'anxiété. Green et al. (1985b) ont aussi remarqué chez les survivants d'un incendie que les plus âgés étaient moins à risque de développer des problèmes psychologiques un et deux ans après le désastre.

Kilijanek et Drabek (1979) sont arrivés à des résultats semblables, mentionnant que les personnes âgées ne se percevaient pas comme étant affectées négativement à long terme au plan de leur santé physique ou mentale, comparativement aux plus jeunes sujets. Goenjian et

al. (1994) ont aussi noté que la réaction à l'état de stress post-traumatique semblait se manifester également chez les deux groupes (âgés - jeunes) étudiés. Quant à Ollendick et Hoffman (1982), ils n'ont pas enregistré de différences, entre leurs sujets âgés de plus de 60 ans et ceux âgés de moins de 60 ans, en ce qui a trait à leur perception de la présence de difficultés psychologiques particulières. Hovington, Lalande et Maltais (2000), dans une étude sur les inondations de juillet 1996 visant à vérifier la présence ou non de différences significatives entre les sinistrés âgés de 55 ans et plus avec ceux de 35-54 ans, arrivent à des conclusions similaires. En effet, deux ans après l'événement, aucune différence significative n'a été remarquée entre ces deux catégories de sinistrés pour ce qui est de la présence de symptômes d'anxiété, de dépression et de l'état de stress post-traumatique.

Ticehurst et al. (1996) ont quant à eux noté que les victimes [130] d'un tremblement de terre âgées de plus de 65 ans rapportaient moins de sentiments de menace et d'expériences perturbantes, et qu'elles utilisaient moins les services de support habituels ou mis en place lors de l'événement, comparativement à celles âgées de moins de 65 ans. Les auteurs ont toutefois précisé que les sujets plus âgés rapportaient un plus haut niveau de symptômes de stress post-traumatique à l'IES. Les effets du tremblement de terre sur la santé psychologique apparaissaient également plus marqués chez les sujets plus âgés.

Le vieillissement biologique semble aussi influencer la santé physique des aînés. Bolin et Klenow (1982-1983) ont rapporté qu'à la suite d'une tornade, les aînés avaient subi deux fois plus de blessures que ceux qui étaient moins âgés (cette étude catégorisait les sujets en deux groupes d'âge, soit 60 ans et plus, et 60 ans et moins). Selon ces auteurs, les gens âgés seraient davantage affectés, d'où une adhésion à la perspective théorique de l'exposition. Poulshock et Cohen (1975) ont de plus souscrit à la possibilité que le rôle social des personnes âgées, ainsi que les valeurs sociétales qui en découlent, défavorisent celles-ci lors de désastres en leur accordant une importance moins grande que d'autres catégories de la population. Ces auteurs ont aussi rapporté que les gens plus âgés étaient moins demandants que les plus jeunes. KiIi-

janek et Drabek (1979), ayant relevé un modèle de « négligence »⁴⁷ chez les 60 ans et plus, ont quand même noté que ceux-ci, même s'ils rapportaient moins de symptômes physiques que les non-victimes, en déclaraient davantage que les victimes plus jeunes.

Rappelant le tremblement de terre de Kobe⁴⁸, Tanida (1996) mentionne que les personnes âgées ont été durement touchées lors de ce désastre. En effet, plus de la moitié des décès furent constatés chez des gens âgés de plus de 60 ans. Chez ce groupe d'âge, presque le double de décès ont touché des femmes. Le pattern de négligence semble également bien s'appliquer à cette [131] population qui, selon l'auteur, fut abandonnée à elle-même ou logée dans des espaces isolés dans les abris communautaires. Toujours selon Tanida, les aînés sont réticents à demander de l'aide et leurs souffrances sont sous-estimées.

Les différences dans le processus d'adaptation chez les aînés

[Retour à la table des matières](#)

La perception du désastre et les processus d'adaptation diffèrent entre les plus âgés et les plus jeunes (Kilijanek et Drabek, 1979). Krause (1987) a fait ressortir que les femmes âgées avaient un processus d'adaptation qui différait de celui des hommes, bien qu'elles ne s'évaluaient pas comme étant plus affectées que ces derniers.

Melick et Logue (1985-1986) ont aussi mentionné que la perception du désastre et la symptomatologie se manifestaient différemment chez un groupe de femmes âgées ayant été victimes d'inondation, comparées à un groupe contrôle. Ainsi, la santé mentale du groupe contrôle semblait plus affectée, sauf en ce qui concerne la dimension obsessive-compulsive qui se démarquait davantage chez les inondées. Les auteurs ont de plus remarqué que l'utilisation de sédatifs, de tran-

⁴⁷ Selon ce modèle, les personnes âgées de 60 ans et plus recevaient moins de services que les autres groupes âgés respectivement de 39 ans et moins, et de 40 à 59 ans.

⁴⁸ Ce tremblement de terre meurtrier est survenu au Japon le 17 janvier 1995.

quillissants et d'alcool était plus fréquente chez les sinistrées comparativement au groupe contrôle.

Les personnes très âgées semblent aussi s'adapter différemment, par exemple en se présentant moins aux visites médicales, ce qui peut aussi tendre à masquer la véritable détérioration de leur santé (Price, 1978). Les personnes âgées ont également davantage recours à la religion comme stratégie d'adaptation, comparativement aux plus jeunes. Selon Green et al. (1996), les survivants de Buffalo Creek âgés de 62 à 73 ans s'adonnaient à la prière et participaient significativement ($p < .05$) plus aux cérémonies religieuses que les groupes plus jeunes. Selon les auteurs, les gens âgés percevaient même des avantages bénéfiques du désastre dû au fait d'une relocalisation dans des [132] logements plus adéquats et à certains avantages financiers. Green et al. (1996) énoncent que l'adaptation peut être facilitée chez les aînés puisqu'ils ont moins de responsabilités envers les autres en raison de leur âge et, donc, plus de temps disponible pour intégrer personnellement l'événement. La manière dont les aînés s'adaptent aux événements stressants et aux pertes peut aussi être mise en relief avec le fait que l'adaptation n'est pas un procédé statique. Lazarus et Folkman (1984) font également mention de résultats de recherche qui tendent à démontrer que les sources de stress évoluent avec l'âge, tout comme les moyens d'adaptation au stress.

Lors d'inondations, les pertes matérielles reliées au désastre seraient liées à une hausse des affects négatifs. De plus, les événements négatifs de la vie correspondraient à une plus grande détresse psychologique chez les gens âgés (Phifer, 1991). Norris et Murrell (1988) en sont arrivés à des conclusions plutôt opposées, proposant que l'exposition antérieure à une inondation provoquerait une sorte d'immunité dans la réaction psychologique au désastre, bien qu'ils n'excluent pas que les victimes puissent vivre un épuisement ou un effondrement à la suite d'une inondation majeure. Quant à l'effet des pertes matérielles sur la santé psychologique, les résultats de Thompson et al. (1993) semblent varier selon les intervalles de temps ; alors qu'il n'y a pas eu de relation significative douze mois suivant l'ouragan, on en constate une dans les années subséquentes.

Dans une étude menée après une tornade, Bolin et Klenow (1982-1983) ont suggéré que les personnes âgées de plus de 60 ans souffriraient davantage que les plus jeunes, soit les 60 ans et moins, des per-

tes subies lors de désastres en raison de la valeur accordée à ce qui a été perdu. Les aînés mentionnaient aussi une plus grande détérioration de leur qualité de vie. Dans le même ordre d'idées, Kilijanek et Drabek (1979) ont trouvé que les personnes âgées étaient davantage touchées par les pertes extérieures [133] et les dommages à leur maison, tandis que les plus jeunes évoquaient en premier lieu les pertes d'objets personnels et des biens situés à l'intérieur de la maison comme les plus dérangeantes. Les aînés recevaient également moins fréquemment d'aide des ressources de la communauté que les plus jeunes et se prévalaient moins de l'aide provenant des assurances ou d'autres sources économiques pour leur rétablissement.

Le soutien social et l'aide aux aînés

[Retour à la table des matières](#)

Kaniasty (1991) a suggéré que les personnes âgées expérimentent directement le désastre en regard des pertes immédiates et du traumatisme, et indirectement en raison de la détérioration du soutien social. De plus, la dépression post-désastre influe sur la participation des aînés dans la communauté. Selon Bell (1978), les personnes âgées victimes d'une tornade semblaient accorder une plus grande importance au maintien et à l'amélioration des liens et contacts sociaux, comparativement aux plus jeunes, et ont démontré moins de préoccupations que les plus jeunes face aux pertes matérielles.

Kaniasty et Norris (1995a) ont identifié des groupes comme moins sujets à recevoir de l'aide à la suite d'un désastre, soit les hommes, les aînés, les personnes non mariées et celles qui sont peu scolarisées. Dans leur étude à la suite d'une tornade, Erickson et al. (1976) ont aussi mentionné que les personnes âgées, peu importe leur situation économique, recevaient moins d'aide, comparativement aux autres groupes, tandis que Ticehurst et al. (1996) précisent que les aînés sous-utilisent les services de soutien à la suite d'un désastre. Kilijanek et Drabek (1979) ont par ailleurs fait état d'un moindre soutien aux gens âgés qui avaient subi des dommages extensifs ; ainsi, seulement 8% de ceux-ci furent assistés par cinq ressources ou plus alors qu'on

retrouvait une proportion de 32% chez les victimes de 39 ans et moins.

Selon Phifer (1990), la faiblesse du revenu correspondrait à [134] une plus grande détresse psychologique chez les gens âgés et le déclin du bien-être des victimes de sexe masculin serait plus important. Le rétablissement économique semble aussi plus difficile chez les gens âgés (Bolin et Klenow, 1982-1983). Selon un document produit par Santé Canada (1994) à l'intention des gestionnaires et des intervenants agissant en situation de sinistre, certaines caractéristiques individuelles, sociales et des caractéristiques de localisation constituent des facteurs de risques pour les aînés. Ces facteurs sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9
Les caractéristiques représentant des facteurs de risques pour les aînés lors d'un sinistre

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques individuelles ou caractéristiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Être âgé de 75 ans et plus • Présenter des problèmes locomoteurs • Avoir perdu un être cher au cours des deux dernières années • Avoir été hospitalisé récemment • Souffrir d'incontinence • Souffrir de confusion
Caractéristiques sociales ou caractéristiques de localisation	<ul style="list-style-type: none"> • Habiter seul ou être socialement isolé • Être récemment déménagé • Habiter dans un secteur où l'on compte une forte concentration de personnes âgées (centre d'accueil, résidences publiques ou privées, etc.)

Source : Santé Canada (1994), Les personnes âgées et les sinistres, Services personnels - Planification psychosociale en cas *de* sinistres, Division des mesures d'urgence, Direction générale des services médicaux : 49-54.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

- * La documentation sur les effets négatifs en regard de l'âge des victimes s'avère relativement consistante quoique contradictoire.

[135]

- * Les conséquences des désastres sur le bien-être de la population âgée peuvent être envisagées selon quatre perspectives. Les deux premières, celles de l'exposition et des ressources, tendent à démontrer que les aînés sont plus affectés que les plus jeunes. Les deux autres, soit celles de l'inoculation et des responsabilités, suggèrent que les aînés souffrent moins que les plus jeunes des conséquences des sinistres.
- * Les effets négatifs des désastres sur la santé psychologique semblent davantage remarqués chez les gens au mitan de la vie.
- * Dans l'ensemble, les aînés ne semblent pas démontrer une plus forte psychopathologie liée à la manifestation des désastres.
- * L'évidence d'effets négatifs enregistrés au plan de la santé mentale et physique des aînés est démontrée dans la littérature consultée.
- * Peu d'études ont directement porté sur la manifestation de l'état de stress post-traumatique chez les aînés à la suite d'un désastre.
- * On note peu d'uniformité dans la catégorisation des groupes d'âges dans les études traitant des personnes âgées.
- * Parmi les principaux facteurs qui semblent affecter plus spécifiquement les aînés lors d'un sinistre et entraver leur rétablissement, mentionnons surtout :
 - les pertes matérielles ou personnelles qui ont une valeur significative pour eux ;
 - la faiblesse de leur revenu ;
 - les insatisfactions face à la relocalisation ;

- les perturbations de la vie sociale (pertes d'amis, conflits familiaux, activités religieuses et récréatives) ;
- leur tendance à moins se prévaloir de l'aide mise à leur disposition ;

[136]

- la faiblesse ou la détérioration de leur réseau social ;
 - la non-réception des avertissements concernant la situation de désastre.
-
- Les symptômes ou les problèmes de santé qui sont les plus susceptibles d'être rencontrés par les aînés à la suite d'un désastre sont :
 - les problèmes de sommeil et l'anxiété ;
 - l'état de stress post-traumatique ou des symptômes partiels ;
 - la détresse psychologique ou la dépression ;
 - la fréquence plus importante de blessures et de mortalité ;
 - l'utilisation plus fréquente d'alcool ou de médicaments.

 - La détection de problèmes de santé physique ou psychologique post-désastre chez les aînés peut être rendue difficile en raison de :
 - la présence d'un autre problème de santé ;
 - leurs réticences à se présenter aux services médicaux ;
 - leur isolement physique ou social ;
 - leurs exigences moindres et leurs réticences à demander ou à accepter de l'aide ;
 - le manque de formation spécifique des intervenants ;
 - la dévalorisation de leur rôle social ;
 - la tendance à sous-estimer leurs souffrances ;
 - leur manque d'information sur les services disponibles.

- * Les personnes âgées recevraient moins d'aide comparativement à d'autres sous-groupes de la population affectée par un désastre.
- * Certains facteurs tels les exigences moindres des aînés, l'importance accordée aux aînés dans la société, leurs valeurs, etc. se doivent d'être considérés dans les protocoles de recherche sur les effets des désastres sur la santé de la population vieillissante.

[137]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 5

Les facteurs et les déterminants de la vulnérabilité individuelle ou les prédicteurs de détresse psychologique chez les adultes

[Retour à la table des matières](#)

À partir de certains facteurs de vulnérabilité, des chercheurs ont identifié des groupes ou des catégories de personnes comme étant plus à risque de subir des effets négatifs sur leur santé psychologique. Ainsi, Olson (1993) a identifié les enfants, les aînés et les personnes qui subissent de grandes pertes de biens comme étant plus à risque de développer des problèmes psychiatriques, tandis que Crabbs et Heffron (1981) ont mentionné que les enfants, les personnes âgées, les personnes à faible revenu et celles qui ont des antécédents d'instabilité émotionnelle sont plus vulnérables au développement de problèmes psychologiques.

Se référant à Drabek et Key (1981)⁴⁹, Bolin (1982) a mentionné que ceux-ci avaient identifié comme groupes les plus négativement affectés par les désastres, les aînés, les individus à faible revenu et les enfants très jeunes. S'inspirant des travaux de plusieurs auteurs, Alexander (1990) identifie comme étant susceptibles de subir plus d'effets psychologiques négatifs les personnes qui sont sans emploi, celles qui appartiennent à des groupes socio-économiques défavorisés, celles qui font partie de familles nombreuses, les personnes divorcées ou les femmes, celles qui ont un passé psychiatrique (spécialement celles qui sont affectées d'un problème affectif bipolaire), les jeunes enfants (même ceux qui sont nés après le désastre), les aînés (en raison de leur réticence à accepter de l'aide), celles qui sont exposées à des scènes horribles ou à la mort et celles qui ressentent de la culpabilité liée au fait d'avoir survécu.

[138]

Lystad (1988) réitère également que ce sont les personnes les plus socialement désavantagées qui risquent de subir plus durement les effets négatifs d'une situation d'urgence ou d'un désastre : les minorités, les plus pauvres et les personnes âgées fragilisées et démunies. Smith et North (1993) émettent toutefois une mise en garde quant aux liens entre un statut socioéconomique précaire et la présence de psychopathologie. Cette situation peut simplement refléter des considérations ou des conditions qui lui sont reliées et qui existaient avant le désastre. Ainsi, la psychopathologie constatée chez les individus appartenant à une classe socio-économique défavorisée pourrait ne pas être attribuable au désastre lui-même. Cet aspect de l'évaluation de la psychopathologie nous ramène aussi à une difficulté particulière, celle de l'absence du variable état de santé pré-désastre chez les victimes ou les sinistrés (Baum et al., 1993 ; Smith et North, 1993).

Selon les propositions du modèle de Warheit (1985), certaines caractéristiques individuelles peuvent générer un stress additionnel lors d'un sinistre. Ainsi, les gens dont la santé physique ou psychologique est altérée, ceux qui sont isolés, non intégrés ou marginalisés au plan social ou culturel et ceux qui n'ont jamais été confrontés à des expé-

⁴⁹ Drabek, T. et W. Key (1981), *Conquering Disaster : Family Recovery and Long-term Consequences*, Denver, University of Denver, Department of Sociology.

riences similaires risquent d'être plus affectés. Warheit mentionne également que les personnes qui croient ne pas posséder ou qui perdent les ressources - personnelles, interpersonnelles, sociales ou matérielles - pour affronter les lourdes conséquences d'un désastre sont susceptibles de vivre un stress plus important. L'auteur fait aussi mention d'une absence de consensus sur les conséquences des désastres sur la santé psychologique.

Bromet et Dew (1995) ont récemment mentionné que les personnes touchées de près, ou exposées plus directement, et les femmes apparaissent comme les plus à risque de démontrer une morbidité psychologique à la suite d'un désastre, plus [139] spécifiquement dans la période suivant immédiatement celui-ci. La vulnérabilité résulte aussi, selon Côté (1996), de l'interaction entre trois types de facteurs qui agissent sur la manifestation de stress post-traumatique : les facteurs liés à la nature du traumatisme, ceux qui étaient présents avant l'événement et ceux qui, à la suite du traumatisme, influenceront l'évolution clinique.

Selon Lima et al. (1989), les individus vivant seuls et ayant une santé physique et émotionnelle altérée ainsi que des malaises physiques sont plus à risque de développer des problèmes de santé à la suite d'un sinistre. Se référant aux travaux de Seaman (1984)⁵⁰ et de Shapiro et al. (1985)⁵¹, les auteurs réitèrent également que les personnes désavantagées au plan socio-économique sont plus à risque de victimisation et qu'elles ont également plus de difficultés à accéder à de l'aide spécialisée en santé mentale. Carr et al. (1995) ont trouvé que les femmes, les personnes bénéficiant de peu de soutien social ainsi que les personnes âgées démontraient des niveaux plus élevés de détresse psychologique à la suite d'un tremblement de terre.

Tobin et Ollenburger (1994) ont aussi conclu que cinq facteurs individuels expliquaient 35% de la variance du stress chez les participants de leur étude. Ainsi, les individus de sexe féminin, ceux ayant une santé physique pré-désastre déficiente ou une santé mentale préalablement altérée (anxiété et dépression), ainsi que ceux qui ont at-

⁵⁰ Seaman, T. (1984), *Epidemiology of Natural Disaster*, New York, Karger.

⁵¹ Shapiro, S., E.Z. Skinner, M. Kramer, D.M. Steinwachs et D.A. Regier (1985), Measuring Needs for Mental Health Services in a General Population, *Medical Care*, 23 : 1033-1043.

teint des niveaux de détresse élevés ou qui ont subi des dommages importants à leur propriété sont susceptibles de vivre plus de stress comparativement aux victimes chez lesquelles on ne retrouve pas ces caractéristiques. Tobin et Ollenburger (1996) ont également noté que 53% de la variance d'état de stress post-traumatique pouvait être attribuée à certains facteurs tels les symptômes d'anxiété antérieurs, la perte d'emploi permanente ou temporaire, le statut de locataire et la difficulté d'identifier des résultats positifs de l'expérience. Les individus [140] rapportant ces caractéristiques montraient significativement plus de psychopathologie à la suite d'un désastre.

Comme l'ont démontré ces chercheurs, plusieurs facteurs et caractéristiques tendent à accroître le risque de vulnérabilité des sinistrés. Ceux-ci proviennent du désastre lui-même ou sont des composantes de la personnalité et de l'identité des victimes.

Récemment, Bolin et Standford (1998) ont évoqué l'existence d'inégalités sociales qui augmentent la vulnérabilité de certaines victimes de désastres. Les inégalités auxquelles font référence les auteurs concernent les conditions sociales ou matérielles qui sont attenantes aux caractéristiques des individus ou des groupes. Ces inégalités les rendent plus vulnérables aux blessures ou aux pertes et limitent leur habileté à s'adapter aux difficultés engendrées par le désastre. Selon les auteurs, les personnes marginalisées ou isolées sont affectées non seulement par le désastre lui-même, mais par ce qui peut en constituer un second : le résultat de forces politiques, sociales et économiques qui jouent en leur défaveur et qui influencent les activités de leur vie quotidienne.

En s'inspirant des travaux de Blaikie et al. (1994)⁵² et de Cannon (1994)⁵³, Bolin et Stanford (1998) mentionnent également que ce qui différencie les individus vulnérables de ceux qui le sont moins, ce sont l'accès et la disponibilité de ressources telles l'emploi, les soins de santé, le soutien social, le crédit financier, les droits juridiques et l'éducation. Ceux qui sont les plus vulnérables sont ceux qui n'ont pas

⁵² Blaikie, R, T. Cannon, I. Davis et B. Wisner (1994), *At Risk : Natural Hazards, People's Vulnerability, and Disasters*, New York, Routledge.

⁵³ Cannon, T. (1994), *Vulnerability Analysis and the Explanation of Natural Disasters*, in A. Varley (ed.) *Disasters, Development and Environment*, London, Wiley.

ou qui disposent de peu de possibilités et dont la vie est limitée par la pauvreté, l'oppression sexuelle, la discrimination ethnique, le manque de pouvoir politique, les handicaps physiques, les difficultés d'accéder à l'emploi, l'absence de droits juridiques et toute autre forme de domination.

Finalement, mentionnons que Bolin (1985b), en référence aux travaux de divers chercheurs ⁵⁴, identifie certains facteurs [141] individuels et certaines caractéristiques du désastre qui peuvent rendre plus vulnérables les victimes ou qui peuvent rendre plus prévisibles des réactions de stress graves ou des difficultés d'adaptation. Ces éléments sont résumés au tableau 10.

Abordant la question sous l'angle des facteurs facilitants, Lyons (1991) mentionne que plusieurs facteurs environnementaux agissent sur les réactions à un traumatisme. Ainsi, les personnes jouissant d'une bonne santé, qui ne sont pas atteintes

⁵⁴ Soit Myers (1985), Cohen et Ahearn (1980) et Hoff (1984).

Tableau 10
Les facteurs individuels et les caractéristiques du désastre pouvant influencer la gravité des réactions et les difficultés d'adaptation

[Retour à la table des matières](#)

FACTEURS INDIVIDUELS	CARACTÉRISTIQUES DU DÉSASTRE
<ul style="list-style-type: none"> * L'âge et les phases de développement individuelles * La santé * Un handicap physique * Un stress préexistant * Un événement traumatisant passé * La présence et la qualité du soutien social * Les attentes face à soi et aux autres * La santé des membres de la famille * L'ethnicité et le milieu culturel * La perception et l'interprétation de l'événement 	<ul style="list-style-type: none"> * Le manque d'avertissement * L'aspect chaotique ou de précipitation de la scène * Le type de désastre * La nature de l'agent destructeur * Le degré d'incertitude et la durée de la menace * L'heure du désastre * L'étendue de l'événement * Les pertes personnelles et les blessures * Le stimulus traumatique * La responsabilité humaine du désastre * Le manque de possibilité d'entreprendre des actions médiatrices efficaces * Les propriétés de l'environnement à la suite du désastre

Source : Bolin, R. (1989), Natural Disasters, in Richard Gist et Bernard Lubin (eds.), Psychological Aspects of Disaster, New York : Wiley (1989), p. 61-85.

[142]

physiquement, qui disposent de ressources financières suffisantes, qui réussissent à remplir adéquatement les rôles et les fonctions existant avant le désastre et celles qui bénéficient d'un réseau de soutien significatif ont de plus fortes probabilités de mieux se rétablir que les individus n'ayant pas ces caractéristiques.

La mortalité et les blessures physiques

[Retour à la table des matières](#)

Lors de désastres où surviennent des décès, la littérature recensée nous amène à constater que la psychopathologie chez les survivants est souvent liée à la mortalité et aux blessures (Parker, 1977 ; Smith et North, 1993). La mortalité, d'une part, constitue en elle-même un stresser chez les individus confrontés au décès de proches, d'amis ou de membres de la communauté et contribue, d'autre part, à l'augmentation du risque et de la menace à la vie pour l'individu lui-même (Rubonis et Bickman, 1991). La peur de se noyer constitue par exemple un des aspects les plus terrifiants des inondations (Dunal et al., 1985), et bien que la plupart des gens survivent aux désastres, la sensation de mort imminente qui peut se dégager d'une telle situation risque de les perturber pendant une longue période. Lifton et Olson (1976) ont par ailleurs rapporté qu'après plus de 30 mois, les inondés de Buffalo Creek rapportaient encore cette sensation. Hagstrom (1995) mentionne aussi que, chez les victimes d'un désastre ferroviaire, la crainte de perdre la vie était associée à l'expérience la plus difficile à vivre.

Des études confirment que d'avoir perdu un membre de la famille était fortement relié à la présence d'état de stress post-traumatique (Green et al., 1992, 1990a) et qu'une plus importante pathologie était associée au nombre de décès et de blessures (Gleser et al., 1981 ; Murphy, 1988a ; Rubonis et Bickman, 1991 ; Ursano et McCarroll, 1994). De plus, face au constat de pertes de vie dans la population affectée, des sentiments de rage sont liés à l'adoption de modes de vie dépressifs (Titchener et Kapp, 1976).

[143]

Selon plusieurs chercheurs, l'impact des blessures physiques que subissent les individus, ou qu'ils constatent chez d'autres victimes, se répercute au plan de leur santé psychologique. Ayant réalisé une étude d'envergure auprès de 920 personnes provenant de quatre communautés affectées par l'ouragan Hugo, Norris et Uhi (1993) ont rapporté que les victimes ayant subi des blessures étaient plus symptomatiques que celles ayant craint pour leur vie et que les non-victimes. Selon Green et al. (1992), les relations les plus fortes ayant été liées à l'état de stress post-traumatique étaient le fait d'avoir été retenu à un endroit en raison du déferlement des eaux, d'avoir été blessé et d'avoir été exposé aux éléments dévastateurs pendant une longue période. L'augmentation du risque de morbidité est liée au stress vécu (Wood et Cowan, 1991) et, dans le même ordre d'idées, les blessures et la crainte des blessures sont liées à la gravité des symptômes de l'état de stress post-traumatique (Pickens, 1995). Même si les gens ne sont pas blessés personnellement, le fait d'être exposé à des scènes traumatisantes, lors d'une tentative d'aide par exemple, risque de les affecter au plan psychologique et de se manifester tardivement sous forme d'abus de substances nocives (Green et al., 1985b). Selon Rossi (1983), les inondations causent plus de dommages que les ouragans et les tremblements de terre ; les victimes d'inondations rapportent quatre fois plus de blessures que celles qui sont exposées aux deux autres types d'événements. L'influence des blessures sur la psychopathologie semble toutefois une relation qui a été peu étudiée (Ursano et al., 1995).

Le degré d'exposition

[Retour à la table des matières](#)

Le degré d'exposition constitue habituellement une variable agissant fortement dans le développement de la morbidité psychologique à la suite d'un désastre (Bolin, 1985a ; Canino et al., 1990). Étudiant les réactions des victimes à la suite d'un tremblement de terre, Carr et al. (1995) ont défini cette variable sous diverses dimensions. Ainsi, la menace par le désastre ⁵⁵ fut [144] mesurée selon les blessures ou la

⁵⁵ L'étude fut réalisée auprès de 3 007 adultes australiens six mois après le tremblement de terre de Newcastle survenu en 1989.

possibilité d'être blessé, et la perturbation comprenait comme indicateurs les dommages à la propriété, les déplacements et autres types de pertes subies par les victimes. Il a été de plus noté par les auteurs que 14,8% de l'échantillon fut exposé fortement et que 25% de ce groupe vivaient une détresse psychologique, de modérée à sérieuse. Selon les estimations des auteurs, environ 2% de la population adulte de la ville était à risque de développer un état de stress post-traumatique à la suite du tremblement de terre ⁵⁶.

Selon certains chercheurs, l'exposition individuelle au désastre est associée à plus de détresse psychologique et à plus d'effets négatifs (Robins et al., 1986 ; Smith, B.W., 1996). Si les sujets chez lesquels on a diagnostiqué un état de stress post-traumatique étaient ceux qui semblaient avoir été le plus exposés (Green et al., 1990a ; McFarlane et Papay, 1992), on a aussi remarqué que le degré d'exposition influe significativement sur la hausse des cas de dysthymie, de dépression majeure et sur les symptômes d'état de stress post-traumatique (Cannino et al., 1990). De plus, les personnes directement exposées à une inondation et à un risque d'intoxication à la dioxine démontraient plus de problèmes de santé physique et psychologique (Smith et al., 1986). L'étude de Solomon et al. (1987) fait ressortir que les hommes affichaient une augmentation des symptômes d'abus d'alcool et de dépression résultant d'une exposition individuelle directe et indirecte. Par contre, chez les femmes, cette variable ne semblait pas influencer la symptomatologie. Similairement, McFarlane (1989b) a conclu que le degré d'exposition et les pertes encourues ne constituaient pas les principaux prédictors de l'état de stress post-traumatique. Ceux-ci étaient supplantés par la présence de névroses et par le fait d'avoir reçu des traitements psychiatriques avant l'événement traumatisant.

L'intensité des symptômes entre aussi en ligne de compte en lien avec le degré d'exposition ; les personnes directement exposées [145] démontrent des taux cliniques et de gravité globale plus élevés que celles qui sont moins exposées en regard de l'anxiété et de la dépression (Green et al., 1990b). La durée des symptômes peut aussi être

⁵⁶ Cette proportion estimée rejoint par ailleurs celle de Auger et al. (1997) qui ont suggéré, à la suite des inondations de juillet 1996, que 1 200 personnes sont susceptibles de souffrir d'un état de stress post-traumatique dans la région du Saguenay.

liée à l'intensité de l'exposition, selon les résultats obtenus par Tatum et al. (1986) à la suite d'une éruption volcanique.

Le degré d'exposition nous amène aussi à prendre en considération la signification du terme « victime ». Bien que les documents consultés démontrent que les gens les plus exposés sont plus affectés, il n'en demeure pas moins que des victimes profondément affectées peuvent voir leur bien-être et leur moral diminué (Palmer, 1980 ; Rangell, 1976).

En raison du lien de parenté ou d'amitié, certains individus, non exposés au sinistre, peuvent être considérés comme victimes du désastre (Bolin, 1985a ; Shippee et al., 1982). Auger et al. (2000) mentionnent que les liens familiaux et sociaux peuvent entrer en considération dans le taux d'état de stress post-traumatique retrouvé chez la population contrôlée non touchée directement. Berren (1980) a par ailleurs mentionné que le terme « victimes » décrit en réalité un groupe hétérogène d'individus exposés directement ou indirectement à un désastre. Bolin (1985) a par ailleurs identifié deux catégories de victimes, soit une première catégorie constituée des victimes primaires qui subissent directement des pertes physiques, matérielles et personnelles. Ces victimes démontrent plus de détresse émotionnelle et tendent à utiliser davantage les services de santé psychologique. La deuxième catégorie s'applique aux victimes secondaires, c'est-à-dire celles qui sont témoins du désastre sans être touchées par l'impact immédiat de ce dernier. Ce deuxième type de victimes peut avoir des proches ou des amis parmi les victimes primaires et peut, tout comme celles-ci, éprouver du chagrin et vivre un deuil. Même si leur détresse est comparable à celle des victimes primaires, [146] les victimes secondaires sont moins enclines à rechercher une aide professionnelle.

La proximité physique du désastre peut aussi être prise en considération dans le degré d'exposition à ce dernier. L'effet de proximité lors d'un désastre semble également intervenir dans la détérioration possible à la suite d'un événement traumatisant. Dans l'étude menée après les inondations de juillet 1996 au Saguenay, Auger et al. (2000) ont retrouvé un taux d'état de stress post-traumatique de 3,8% chez le groupe contrôlé, ce qui suppose que la proximité physique a un impact sur la population non directement touchée par l'eau. Baum et al. (1992) ont par ailleurs mentionné que le fait de demeurer à proximité d'un lieu à risque influence aussi la santé psychologique. Par exemple,

certaines sujets demeurant près d'un dépot toxique démontraient plus d'anxiété, de dépression et d'aliénation à la suite des inondations et de l'avertissement d'un risque de toxicité.

Kaltreider et al. (1992) ont aussi avancé que certains facteurs peuvent déclencher une réponse plus accentuée chez des individus en raison de la proximité de l'épicentre. Selon les résultats de Bromet et al. (1980), les victimes, dans un rayon de cinq milles, démontraient plus de problèmes psychologiques que celles localisées à l'extérieur de ce périmètre. Maj et al. (1989) ont aussi conduit une étude auprès de trois catégories de sujets, soit ceux qui ont été directement exposés à un tremblement de terre, ceux qui ont été relocalisés et ceux d'une localité peu affectée par les secousses. Les données ont été recueillies à l'aide du General Health Questionnaire lors des visites médicales auprès de médecins. Parmi les 929 participants, 322 furent diagnostiqués comme démontrant une réelle psychopathologie. La dépression névrotique était respectivement décelée dans des proportions de 51,1%, 52,3% et 41,1% chez les sujets. Ces individus rapportaient également au moins une difficulté sociale (difficultés relativement au logement, au travail, aux enfants, problèmes [147] conjugaux, difficultés financières, etc.) dans des proportions respectives de 95,3%, 93,6% et 78,4%. Pour l'ensemble des participants, les auteurs ont conclu à une plus forte prévalence de désordres psychiatriques chez les individus demeurant dans la zone la plus affectée (55,3%, 55,2% et 47,2%).

Le temps écoulé depuis l'événement

[Retour à la table des matières](#)

Le temps écoulé depuis l'événement entre aussi en ligne de compte. À cet effet, on constate que l'écoulement du temps correspond généralement à des taux à la baisse des symptômes chez les individus affectés (Cardena et Spiegel, 1993 ; Green et al., 1990a,b ; LaGreca et al., 1996 ; Parker, 1977 ; Steinglass et Gerrity, 1990). La longévité des effets semble donc diminuer relativement à plusieurs types de symptômes (Green et Lindy, 1994). Dans une étude menée à la suite d'une tornade et de pluies torrentielles, on a remarqué une diminution des symptômes de l'état de stress post-traumatique s'étalant sur seize mois

(Steinglass et Gerrity, 1990). Krause (1987) a constaté la diminution des effets majeurs après la même période suivant un ouragan.

Par contre, les effets négatifs peuvent demeurer présents selon des périodes de temps variables (Huerta et Horton, 1983) et certaines personnes étant demeurées sur le site du désastre démontraient des problèmes émotionnels et des craintes dix mois après l'événement (Milnes, 1977). Six mois après un effondrement de barrage, on a constaté que presque la moitié des victimes éprouvaient encore des difficultés (Huerta et Horton, 1978). Gleser et al. (1981) ont aussi mentionné, après une évaluation, que les symptômes psychiatriques et les problèmes de sommeil avaient perduré de quatre à cinq ans après le désastre.

La manifestation de la durée semble aussi affectée par l'exposition plus directe. Green et al. (1983) ont trouvé que les symptômes d'un groupe non exposé avaient augmenté l'année [148] suivant l'événement pour diminuer au cours de la deuxième année. Par contre, chez le groupe exposé, les auteurs ont remarqué une hausse significative de l'hostilité. Une étude réalisée auprès de 54 victimes à la suite des inondations au Manitoba a également démontré que même les victimes ayant ou non perdu leur maison avaient vu leur niveau de stress augmenter significativement pendant et après l'inondation. Même après que l'eau se fut retirée, plusieurs sinistrés ont continué d'éprouver du stress, des dérangements du sommeil, de la dépression et des difficultés à affronter leurs problèmes (Simonovic, 1998). Raphael (1986) mentionne aussi que l'irritabilité et la colère agressive augmentent au-delà de quatre ans après le désastre. Ce seraient, selon l'auteur, les seuls symptômes démontrant une telle augmentation, et ils peuvent être reliés aux désastres technologiques où l'accent est mis sur le blâme.

Le traumatisme psychique peut aussi augmenter dans les premiers temps suivant le désastre, lors de la phase de relocalisation par exemple, et non pas diminuer (Rangell, 1976), et certains symptômes qui n'étaient pas présents peuvent se manifester soudainement plusieurs années après le désastre. Ainsi, Green et al. (1994), ayant évalué à nouveau certains sujets d'une étude initiale réalisée en 1974, ont mentionné que les abus d'alcool et de drogues, et les idées suicidaires, non présents dix-sept ans auparavant, se manifestaient au moment de l'évaluation. Dans une perspective d'évaluation à long terme des effets négatifs, Simpson-Housley et DeMan (1989) ont également fait ressortir,

lors d'une étude comparative, que dix-sept ans après le désastre, certaines victimes de Buffalo Creek démontraient une anxiété plus élevée que le groupe contrôle et que cette anxiété était même devenue une de leurs caractéristiques.

La perte de ressources et les dommages matériels

[Retour à la table des matières](#)

Une variable importante agit aussi très fortement sur le degré de détérioration de la santé psychologique : la perte de ressources. [149] Rossi (1983) a mentionné que les victimes d'inondations accusaient trois fois plus de pertes financières comparativement aux victimes d'ouragans et de tremblements de terre. Les possibilités d'endettement sont également plus élevées chez les victimes d'inondations et celui-ci est aussi lié à l'augmentation de la dépression. La recherche actuelle tend à démontrer que les pertes matérielles, plus que l'intensité de l'exposition au traumatisme lié au désastre, sont un meilleur prédicteur de la détresse psychologique à long terme (McFarlane et De Girolamo, 1996). L'étendue et l'intensité du chagrin sont donc liées à l'importance accordée à ce qui a été détruit (Raphael, 1975). L'évaluation subjective du désastre que fait la personne est également un élément à prendre en considération lors de la détermination des impacts psychologiques (Houston, 1987). Pickens et al. (1995) ont fait ressortir que la gravité des dommages à la propriété est liée à la gravité des symptômes post-traumatiques ; en effet, ces chercheurs ont remarqué que les réactions d'état de stress post-traumatique sont plus importantes chez les individus ayant subi plus de pertes matérielles.

La perte de telles ressources est liée à la détresse psychologique et en constitue un des facteurs prédictifs. Les résultats d'une étude démontrent d'ailleurs que les personnes ayant subi des événements de moindre magnitude mais plus de pertes liées au désastre étaient plus enclines à rapporter de la détresse psychologique que celles qui affichaient moins de pertes et qui avaient été confrontées à une plus grande intensité des événements (Freedy et al., 1994). Dans une étude précédente menée à la suite de l'ouragan Hugo, les mêmes auteurs

confirment également que la perte de ressources était un élément important dans le risque de développer de la détresse psychologique (Freedy et al., 1992).

Les dommages matériels subis apparaissent aussi comme une composante majeure du stress vécu chez les victimes de [150] désastres. Dans l'étude de Nolen-Hoeksema et Morrow (1991), les pertes matérielles et les dommages subis au domicile sont apparus comme les facteurs de stress le plus souvent mentionnés chez un groupe de victimes de désastre. Des dommages importants à la propriété et des pertes personnelles considérables ont aussi été associés à des niveaux de stress plus élevés chez des victimes, comparativement à celles qui avaient vécu le même événement mais sans pertes (Tobin et Ollenburger, 1994). Les pertes financières occasionnées par le désastre ont aussi été mentionnées comme le plus pressant problème chez des victimes d'une tornade (Penick et al., 1976).

Bland et al. (1996) ont également réalisé une étude longitudinale auprès de travailleurs en usine résidant dans une région sujette aux tremblements de terre. Lors d'une première évaluation des sujets réalisée en 1987, les individus ayant enregistré des dommages matériels lors d'un premier tremblement de terre en 1980 démontraient significativement ($p < .001$) plus de somatisation, de dépression, d'anxiété, d'hostilité et un indice global plus élevé des symptômes selon les items du « SCL-90-R » (Symptom Checklist). De même, le total positif des symptômes était également plus élevé chez les sujets ayant subi des dommages. L'anxiété phobique était également significativement plus élevée chez ces sujets ($p < .01$) et les problèmes de sommeil plus courants ($p < .05$). Chez les individus ayant été évacués ou qui avaient vu leur situation financière se dégrader en raison de pertes encourues lors de secousses survenues en 1983-1984, mais qui n'avaient pas eu de dommages en 1980, ont rapporté une plus importante prévalence des symptômes à tous les items du même outil d'évaluation. Considérant l'exposition répétée à un désastre, les auteurs ont noté une tendance à une détresse psychologique plus importante chez les sujets ayant été évacués en 1983-1984 lorsqu'ils avaient également enregistré des dommages lors du tremblement de terre antérieur. Selon Bland et al., les dommages et les pertes subis sont des variables agissant [151] sur les conséquences psychologiques. Conséquences qui peuvent par ailleurs perdurer pendant plusieurs années.

Price (1978) a mis en évidence que le fait d'être en contact constant avec les dommages matériels subis influe sur la détérioration psychologique. Ainsi, les femmes demeurant à la maison risquent d'obtenir des résultats négatifs plus importants. Cet auteur, qui a réalisé sa recherche à la suite des inondations de Brisbane, a également rapporté que les moins de 35 ans semblaient moins affectés que les groupes d'âge plus élevés. Il suggère que ceux-là vivent une moins grande détresse, comparativement aux plus âgés, en raison d'un moindre investissement dans la propriété, ce qui sous-tend moins de dommages subis et moins de pertes financières à encaisser. Dunal et al. (1985) ont aussi mentionné que la perturbation des victimes était liée aux dommages et aux pertes encourues. La perte de propriété peut aussi interagir au-delà d'un impact immédiat et se manifester par l'adoption de styles de vie dépressifs (Titchener et Kapp, 1976). Logue et al. (1981) ont aussi identifié comme groupes à risque élevé de présenter des problèmes de santé psychologique après un désastre les femmes dont la maison et les possessions avaient subi des dommages importants, les femmes ayant des revenus peu élevés et celles qui avaient des problèmes financiers avant le désastre. Clayer et al. (1985) ont aussi remarqué une plus importante détérioration de la santé physique chez les individus ayant enregistré la perte du domicile à la suite d'un désastre ⁵⁷.

En testant d'autres variables relatives aux effets de la perte de propriété, Phifer et Norris (1989) ont mis en évidence les conséquences psychologiques associées à la perte personnelle de propriété comme pouvant s'échelonner sur une période de temps relativement courte (moins d'un an), tandis que l'exposition à une large étendue de la destruction de la communauté avait un impact à plus long terme (plus de deux ans) en ne tenant [152] pas compte de la perte individuelle. Cependant, selon Madakashira et O'Brien (1987), le degré d'importance des blessures personnelles et les dommages à la propriété n'étaient pas liés à la présence d'un état de stress post-traumatique.

⁵⁷ Lors d'incendies dévastateurs, 385 résidences et 3 200 propriétés furent détruites ou endommagées.

L'attribution du tort ou de la responsabilité

[Retour à la table des matières](#)

Une autre variable affectant la santé psychologique s'avère l'attribution du tort ou de la responsabilité de l'événement (Baum et Davidson, 1985 ; Gleser et al., 1981 ; LaGreca et al., 1996 ; Lifton et Olson, 1976 ; Shaw et al., 1996). Selon Baum (1991), le blâme ou la responsabilité du désastre peut être dirigé vers soi-même ou vers ceux que l'on estime responsables du désastre. Cet aspect ressort davantage lors d'événements où l'intervention humaine transparait comme une composante du désastre. L'attribution de la responsabilité est également inhérente aux orientations et aux normes légales d'une société donnée. Le besoin d'imputer la responsabilité d'un désastre a de plus fortes probabilités de se manifester lorsque l'on ne peut trouver d'explications conventionnelles au désastre, lorsque la conduite morale peut être remise en question, lorsque la peur et la culpabilité ont besoin d'être exprimées par la population et, finalement, lorsque l'imputabilité des décideurs face à d'éventuels désastres est souhaitée (Baum, 1991).

L'attribution de la culpabilité semble un facteur de succès de réduction du stress puisqu'elle donnerait aux victimes une impression de contrôle sur l'événement et sur les possibilités de récurrence. Lorsque les victimes n'arrivent pas à culpabiliser quelqu'un d'autre et qu'elles retournent cette culpabilité envers elles, il s'ensuit quand même un sens de contrôle sur le désastre (Baum et al., 1983b). Lors de catastrophes technologiques ou reliées à l'intervention humaine, les individus ont davantage le sentiment d'être lésés par l'incompétence ou les motifs financiers, ce qui n'est pas le cas dans les catastrophes d'origine purement naturelle (Aptekar, 1994).

[153]

À la suite d'une rupture de digue ayant entraîné la destruction de la communauté, les victimes de Buffalo Creek ressentait une rage

qu'ils ne pouvaient focaliser avant le procès ⁵⁸ et, selon les auteurs, la reconnaissance de l'action ou l'inaction de certains contribuerait à soulager ou à améliorer la santé des victimes (Lifton et Olson, 1976). Gleser et al. (1981) ont par ailleurs remarqué que cinq ans après ce désastre, une diminution des symptômes chez les hommes était associée au règlement de la poursuite. Toutefois, chez le tiers des sujets, une détresse psychologique persistante était toujours perceptible. Solomon et al. (1989), qui ont observé les réactions des victimes selon deux types de désastre, mentionnent que celles qui se blâmaient davantage elles-mêmes pour le désastre affichaient une somatisation plus importante, recherchaient moins de soutien auprès des organismes, comparativement à celles qui ne s'octroyaient pas de responsabilité pour l'inondation. Toutefois, les victimes qui jugeaient que la responsabilité d'une contamination à la dioxine revenait à d'autres démontraient une plus faible anxiété. Les auteurs concluent à un rétablissement psychologique plus difficile lorsque des réactions adaptatives sont possibles (ex : recherche de l'assistance des organismes pour se rétablir à la suite du désastre), mais que le rétablissement psychologique peut être facilité quand la résolution active de la situation n'est pas optionnelle (dans le cas de l'exposition à la dioxine).

Les caractéristiques du désastre

[Retour à la table des matières](#)

Certains auteurs ont proposé que les caractéristiques propres au désastre influent sur le degré de détérioration psychologique. Kent et Francis (1995) ont mentionné que l'état de stress post-traumatique peut être associé à la consternation survenant lors d'un désastre et à la perturbation de la vie qui s'ensuit et qui est subie au moment de l'évaluation, ces taux peuvent atteindre plus de 70%, comme le confirment les résultats obtenus.

[154]

⁵⁸ L'histoire du recours collectif engagé par des résidents de Buffalo Creek a été relatée par Gerald M. Stern (1976) dans l'ouvrage : *The Buffalo Creek Disaster - The Story of the Survivors' Unprecedented Lawsuit*, New York, Random House.

La nature soudaine et imprévue d'un événement - les victimes n'étant pas préalablement sensibilisées - peut susciter davantage de réactions émotionnelles et cognitives graves qu'un événement ayant un potentiel d'impact moins important. Les désastres, qui obligent à une intervention immédiate de la communauté et de ses membres face à une menace soudaine et inévitable, qui se prolongent dans le temps et dont l'étendue est importante, sont susceptibles de générer un stress important comparativement aux désastres où ces caractéristiques n'interviennent pas (Benight et Harper, 1997 ; Warheit, 1985). Dunal *et al.* (1985) ont aussi noté que la destruction matérielle et l'arrivée soudaine des eaux ont des effets terrifiants, alors que Bolin (1985) a associé les inondations soudaines à un agent du désastre comportant un fort potentiel de terreur ou d'horreur et générant une altération psychologique chez les victimes.

L'investigation de Smith *et al.* (1986) auprès d'une population adulte victime d'une inondation a démontré que l'aspect technologique de la catastrophe semblait avoir plus d'effets négatifs que l'aspect naturel de cette dernière. Rubonis et Bickman (1991) ont aussi tiré des conclusions semblables à l'effet qu'une plus importante pathologie serait liée au type de désastre. Côté (1996) a également mentionné la possibilité, lors de catastrophes technologiques, que les enjeux affectifs soient davantage mobilisés en raison de la présence du facteur humain, contribuant ainsi à une incidence plus importante de détresse psychique. Dans un même courant, il a été suggéré que de plus hauts degrés de menace perçue et une incertitude de récurrence, associés à un désastre où l'intervention humaine était présente, étaient liés à une plus grande détérioration psychologique (Baum *et al.*, 1991 ; Bolin, 1985a).

La soudaineté de l'impact peut également provoquer de graves problèmes de santé. Le syndrome de Buffalo Creek et les symptômes lui étant liés ont été intensifiés par la composante de [155] l'intervention humaine dans la nature du désastre (Titchener et Kapp, 1976). Évoquant l'aspect menaçant d'un ouragan, Pickens *et al.* (1995) ont aussi relaté qu'à la suite d'un ouragan, la gravité des symptômes d'état de stress post-traumatique était liée à la crainte de subir des blessures. Bien que la dépression puisse être une réaction commune chez les victimes de désastres, il semble que la proportion d'individus qui en souffrent varie en fonction du type de désastre. Rossi *et al.* (1983) ont fait

mention d'une proportion de 20% de personnes dépressives à la suite d'un ouragan grave, alors qu'une proportion de 45% de sujets dépressifs était observée après des inondations sérieuses.

En ce qui a trait à la perception du danger avant l'évacuation, il a été trouvé que les personnes ne percevant aucun danger avant leur évacuation semblaient avoir été moins affectées par le sinistre, comparativement à celles évacuées pendant celui-ci (Dunal *et al.*, 1985).

L'éducation et le revenu

[Retour à la table des matières](#)

Les résultats des recherches antérieures semblent démontrer qu'en général, les groupes possédant une scolarité peu élevée sont davantage atteints au plan psychologique que les groupes mieux nantis sous ce rapport. Ainsi, Smith (1996) a démontré, chez des victimes d'une inondation, l'existence d'un lien entre l'éducation plus élevée et des scores d'affects négatifs plus bas. Dans une étude réalisée auprès de victimes d'inondations meurtrières survenues en 1993, Tobin et Ollenburger (1994) ont remarqué que les personnes ayant une instruction plus élevée démontraient plus de symptômes de stress (anxiété et dépression). Cependant, une seconde étude se rapportant au même événement ⁵⁹ a conclu à une moindre présence de stress post-traumatique chez les gens possédant une plus importante éducation (Tobin et Ollenburger, 1996). Nous pouvons également apporter comme complément à ces informations que la première étude s'adresse au milieu rural et que la deuxième fut [156] réalisée dans une région métropolitaine. Canino et al. (1990) ont aussi constaté qu'une faible instruction allait significativement de pair avec un niveau élevé de problèmes mentaux. Chez des victimes de Buffalo Creek, il fut aussi noté qu'une symptomatologie moins importante était constatée chez les hommes

⁵⁹ Il s'agit d'inondations survenues en 1993 dans l'ouest des États-Unis et qui ont touché des régions du Nebraska, du Kansas, du Missouri, de l'Iowa et de l'Illinois, causant la mort de 50 personnes et des dommages directs évalués à plus de 12 milliards. Lors de ces événements, environ 26 000 personnes furent évacuées de leur domicile.

possédant un plus haut degré d'éducation, cette variable n'agissait toutefois pas chez les femmes (Gleser et al., 1981).

Une faible scolarité peut aussi influencer le constat réel d'effets d'un désastre puisque certaines personnes peu scolarisées peuvent participer dans une moindre mesure aux évaluations des dommages (Madakasira et O'Brien, 1987). Il est aussi notable qu'à la suite d'une tornade, on ait remarqué que l'éducation influence également la perception du danger (DeMan et Simpson-Housley, 1987). Le soutien social reçu peut aussi être influencé par le degré d'éducation des victimes. Selon Kaniasty et Norris (1995b), des victimes de race noire ainsi que les gens moins éduqués recevaient moins de support post-désastre que d'autres victimes de race blanche ou bénéficiant de plus d'instruction ⁶⁰.

Plus les gens sont instruits, moins ils semblent affectés au plan psychopathologique, sans doute parce qu'ils consultent davantage les ressources disponibles (Green et al., 1985b). Nous pouvons également envisager qu'une scolarité plus élevée soit généralement liée à un plus haut revenu, ce qui suppose une plus grande facilité à disposer de l'aide professionnelle requise. À la suite d'une tornade, Bolin (1982) a fait état de moins d'anxiété liée au désastre et de relations familiales moins affectées chez les gens possédant un plus haut degré d'éducation. Le seul point de vue divergent quant à cet aspect nous provient d'une étude réalisée par Tobin et Ollenburger (1994) à la suite d'un tremblement de terre où les auteurs ont fait ressortir que les gens scolarisés semblaient plus affectés que ceux qui l'étaient moins.

[157]

En ce qui a trait au revenu, certains des auteurs cités précédemment ont mentionné qu'un revenu plus élevé était associé à plus d'effets négatifs (Smith, 1996a) ⁶¹. Cependant, il a aussi été observé que les personnes disposant d'un revenu plus élevé démontraient moins d'anxiété et de dépression, mais que ce dernier n'avait pas influencé l'état de stress post-traumatique (Tobin et Ollenburger, 1996). Gibbs

⁶⁰ Les auteurs mentionnent ici la présence d'un modèle de négligence à l'égard de certaines victimes.

⁶¹ Smith (1996a) a proposé que ce résultat pouvait s'expliquer par le fait qu'un revenu plus élevé puisse correspondre à plus de dommages subis à la propriété et à la valeur des autres biens possédés par ceux qui ont un revenu plus élevé.

(1989) et Robins et al. (1986) ont suggéré que les classes sociales plus défavorisées économiquement sont plus vulnérables à la souffrance psychologique en raison de leur difficulté à affronter les aspects financiers des pertes encourues lors de désastre. Les résultats de McDonnell et al. (1995) abondent également dans le même sens puisque ces auteurs ont identifié les familles ayant un revenu de moins de 20 000 \$, ayant de la difficulté à se nourrir, manquant d'argent pour consulter un médecin, ayant une mauvaise santé, ainsi que celles qui changeaient d'emploi ou le perdaient, comme plus susceptibles de mentionner des symptômes de détresse psychologique. Bien que l'on ne puisse associer directement le fait de résider en logement avec la faiblesse du revenu, il a également été mentionné que ce mode d'habitation constituait un facteur de prédictibilité de l'état de stress post-traumatique (Tobin et Ollenburger, 1996). Selon Rossi et al. (1983), le revenu antérieur au désastre est aussi associé à la dépression. Ainsi, plus le revenu antérieur au désastre était élevé, moins les résidents rapportaient des sentiments de dépression.

Le sexe, l'âge et l'ethnie

[Retour à la table des matières](#)

Le sexe, l'âge et l'ethnie sont des variables significativement liées à la détresse psychologique (Freedy et al., 1994). En regard du sexe, les victimes féminines semblent généralement plus atteintes au plan de la santé psychologique que les hommes. Dans une étude réalisée à la suite d'un tremblement de terre, on a remarqué que l'intensité des symptômes de stress était liée au sexe féminin, les femmes ayant obtenu des scores très élevés (Kaltreider et al., 1992). Burger mentionne aussi un stress [158] significativement plus élevé chez les femmes à la suite d'une inondation ($p < .001$). Une autre étude de type longitudinal conduite après une inondation a permis de constater une plus grande stabilité des symptômes d'état de stress post-traumatique chez les femmes (Green et al., 1990a). Green (1994) a par ailleurs mentionné que le sexe différencie également l'expression de la symptomatologie chez les victimes, alors que les femmes seraient plus sujettes à l'anxiété et à la dépression, les hommes seraient plus à risque de développer

l'abus de substances nocives et des problèmes de personnalité antisociale.

Steinglass et Gerrity (1990) ont observé que les femmes de deux communautés différentes ayant été victimes d'une tornade et de pluies diluviennes démontraient plus de symptômes d'état de stress post-traumatique que les hommes. Selon une autre étude effectuée à la suite d'inondations et de glissements de terrain, les femmes démontraient plus de dysthymie ; de plus, la dépression et l'alcoolisme étaient liés au sexe (Canino et al., 1990). Tobin et Ollenburger (1994) arrivent à des conclusions semblables dans une étude réalisée après une inondation, de même que Ticehurst et al. (1996). Il ressort que les femmes sont plus affectées que les hommes. Similairement, Breslau et Davis (1992) ont rapporté qu'à la suite d'une exposition à un traumatisme, les femmes étaient quatre fois plus à risque que les hommes pour le développement d'une symptomatologie chronique d'état de stress post-traumatique.

Ce ne sont pas seulement les effets psychologiques négatifs qui semblent différer au plan de l'appartenance à un sexe ou à l'autre, la perception même du danger semble plus fortement ressentie par les victimes de sexe féminin (DeMan et Simpson-Housley, 1987 ; Tatum et al., 1986), De plus, les femmes occupant encore davantage la sphère domestique que les hommes et étant par le fait même plus souvent et plus longtemps en contact avec les dommages, cela semble influencer sur la symptomatologie [159] psychologique (Price, 1978). Smith (1996a) a également enregistré des scores plus élevés d'affects positifs chez les hommes comparativement aux femmes.

Rubonis et Bickman (1991) émettent par leurs résultats un point de vue contrastant, avançant que la psychopathologie était plus importante chez les hommes que chez les femmes. De façon similaire, Bennet (1970) a évoqué que les hommes semblaient s'adapter plus difficilement au désastre que les femmes. En regard des résultats de recherche rapportant des différences influencées par le sexe, Baum (1987, 1991) énonce que ceux-ci sont plutôt inconsistants. Il ressort également que les femmes semblent bénéficier de plus de support émotionnel, informationnel et tangible que les hommes (Kaniasty et Norris, 1995b). Cet aspect peut nous sembler paradoxal en considération d'une plus forte symptomatologie associée à ce groupe.

L'unanimité ne semble pas se constater chez les chercheurs en ce qui concerne l'établissement d'un lien entre une plus grande atteinte à la santé psychologique et l'âge. Pour certains, il semble que les personnes âgées soient moins affectées. Par exemple, dans l'étude de Price (1978), l'âge et les symptômes psychiatriques ont été significativement corrélés ; cette relation était également davantage marquée au mitan de la vie. Par contre, si l'auteur a mentionné que les femmes âgées de moins de 65 ans étaient plus affectées au plan de leur santé que les hommes, cette différence n'était plus perceptible entre les deux sexes lorsque les sujets étaient âgés de 65 ans et plus. Canino et al. (1990) ont aussi mentionné que les symptômes dépressifs majeurs étaient liés à l'âge, les adultes plus jeunes (17-24 ans) étant davantage atteints que les sujets plus âgés (45-68 ans). D'autres chercheurs ont remarqué que les gens âgés semblaient mieux réagir au stress que les jeunes adultes (Faupel et Styles, 1993 ; Ollendick et Hoffman, 1982) et que l'âge plus élevé prédispose à moins de symptômes psychologiques (Smith, 1996a).

[160]

Cependant, Stewart (1986) a noté une plus forte utilisation des services de santé chez les hommes plus âgés comparativement aux plus jeunes à la suite d'une tornade. Ticehurst et al. (1996) énoncent également que les gens plus âgés auraient de plus fortes probabilités de vivre des réactions de stress post-traumatique à la suite d'un désastre. Livingston et al. (1992) ont aussi trouvé que la majorité des aînés et des plus jeunes sujets rencontraient les critères de diagnostic d'un état de stress post-traumatique à la suite de l'explosion de Lockerbie. Toutefois, les plus âgés, comparativement aux plus jeunes, démontraient une très forte incidence de dépression coexistante. Alors que la perte d'amis ou des blessures à ces derniers et l'exposition à des cadavres étaient positivement corrélées à un état de stress post-traumatique chez les aînés, tel n'était pas le cas pour les plus jeunes sujets. Goenjian et al. (1994) ont aussi mentionné que, malgré l'absence de différences entre les scores moyens obtenus pour le diagnostic du syndrome chez les jeunes adultes et les aînés, les aînés se différenciaient significativement en ce qui a trait à leur profil de symptômes. Ces derniers obtenaient des résultats plus élevés à l'échelle des symptômes d'évitement et des résultats plus faibles à l'échelle des symptômes de l'intrusion.

Pour leur part, Smith et al. (1979) ont noté que les personnes âgées entre 45 ans et 65 ans étaient plus affectées par les répercussions d'inondations survenues dans la vallée de Richmond en Australie. Alors qu'une personne sur sept âgée de 45 à 65 ans mentionnait des effets négatifs sur sa santé, la proportion de personnes dans la même situation passait à une sur cinq chez les personnes de 65 ans et plus. Tobin et Ollenburger (1996) n'ont quant à eux pas noté de différence significative chez les sujets, selon le sexe ou l'âge, relativement aux symptômes d'état de stress post-traumatique à court terme, alors qu'une étude précédente (Tobin et Ollenburger, 1994) affichait un résultat positif dans la réaction personnelle au stress chez les femmes.

[161]

Notons également que Webster et al. (1995) ont remarqué que des immigrants éprouvaient davantage de détresse psychologique à la suite d'un tremblement de terre comparativement à un groupe contrôle. Les femmes plus âgées étaient plus affectées et l'âge à l'arrivée au pays d'accueil ainsi que le degré de perturbation à ce moment ont été notés comme des facteurs contribuant à augmenter la détresse ressentie.

L'état de santé psychologique ou mentale et les expériences traumatisantes antérieures

[Retour à la table des matières](#)

Le degré de détérioration ou d'altération de la santé psychologique ou mentale à la suite d'un désastre semble influencé par l'état de santé antérieur des sujets (Aptekar, 1994 ; Logue et al., 1981 ; Perry et Lindell, 1978 ; Robins et al., 1986 ; Tobin et Ollenburger, 1994, 1996). Dans leur méta-analyse, Rubonis et Bickman (1991) mentionnent que les désastres naturels et ceux de cause humaine sont associés à 17% d'augmentation de la prévalence de la psychopathologie lorsqu'on les compare à des niveaux pré-désastres. Il demeure toutefois peu probable que des données de santé pré-désastre soient disponibles afin d'évaluer les changements enregistrés à la suite du passage du désastre ; néanmoins, certaines études épidémiologiques réalisées antérieu-

rement ont constitué des sources d'informations importantes pour cet aspect (Norris et al., 1994).

Selon certains travaux, il ressort que les personnes souffrant d'anxiété, de dépression ou de divers problèmes psychologiques dans la période pré-désastre ont vu augmenter leur niveau de psychopathologie ou leurs problèmes dans la période post-désastre (Nolen-Hoeksema et Morrow, 1991 ; Tobin et Ollenburger, 1994, 1996). Robins et al. (1986), ayant considéré les effets des désastres sur divers aspects de la santé, ont conclu à l'importance de la considération de la condition pré-désastre des sujets comme variable explicative de la situation post-désastre.

[162]

Dans le même ordre d'idées, Powell et Penick (1983) ont constaté que les personnes éprouvant des problèmes psychologiques se sont montrées plus vulnérables à l'impact émotionnel causé par le désastre. Un état élevé d'anxiété dans les suites immédiates du désastre correspondrait également à un facteur prédisant l'état de stress post-traumatique (Tobin et Ollenburger, 1994). Meichenbaum (1994) a aussi précisé que l'alcoolisme chez les hommes et la dépression chez les femmes prédisaient au stress post-traumatique suivant une catastrophe naturelle. Selon Smith et al. (1986), dans une étude réalisée auprès de victimes d'inondation et d'exposition à la dioxine, il fut constaté que 31,4% des sujets directement exposés et ayant des antécédents de dépression ont éprouvé de nouveaux symptômes à la suite du désastre, comparativement à une proportion de 14,3% chez les victimes sans antécédents. De même, chez les victimes exposées indirectement et non exposées, les nouveaux symptômes se remarquaient davantage chez celles qui n'en avaient pas éprouvé avant le désastre.

L'incidence du fait d'avoir vécu une ou plusieurs expériences traumatisantes antérieures sur la santé psychologique après un désastre a aussi été investiguée par les chercheurs. Alors que certains proposent que d'avoir vécu antérieurement une expérience semblable au désastre n'aurait que peu d'effet sur le stress vécu lors d'une réexpérimentation (Tobin et Ollenburger, 1996), ou que l'histoire personnelle des sujets aurait peu d'effet sur la détresse ressentie après un désastre (Yates, 1992), d'autres avancent plutôt le contraire.

Ainsi, Kent et Francis (1995) rapportent dans leur étude que 39% du groupe manifestant l'état de stress post-traumatique démontraient un état permanent relié à une expérience traumatisante antérieure. L'existence de multiples situations de ce genre a aussi été reliée significativement au degré de symptomatologie courante d'état de stress post-traumatique, même en contrôlant [163] les variables démographiques et le degré d'exposition à l'ouragan. McFarlane et Papay (1992) obtiennent des résultats similaires en regard de l'anxiété et des problèmes affectifs, à savoir que les événements négatifs antérieurs avaient une incidence sur leur apparition ou leur déclenchement. Norris (1992) réalisa une étude auprès de 1000 adultes visant à évaluer l'impact de dix types d'événements de vie afin de déterminer la présence de symptômes post-traumatiques. Selon les résultats obtenus, chez les sujets exposés à un désastre (excluant l'ouragan Hugo), une proportion de 54,8% démontraient au moins un des symptômes du critère d'intrusion, 39,2% en rapportaient au moins un du critère d'engourdissement émotionnel et un symptôme ou plus du critère d'évitement était constaté chez 69,9% des sujets ayant vécu un désastre antérieurement.

Le soutien social

[Retour à la table des matières](#)

On peut définir opérationnellement le soutien social comme impliquant des éléments psychosociaux ou d'intégration sociale⁶², ou ce qui a été étudié en termes de caractéristiques spécifiques, comme par exemple la relation conjugale supportante, la famille, l'amitié et les relations religieuses, et l'appartenance à des groupes tant formels qu'informels (Logue et al., 1981b). Kaniasty et Norris (1995a) ont établi trois catégories de soutien social, soit le soutien reçu (l'aide réelle), le soutien perçu (celui sur lequel on croit compter en cas de be-

⁶² Le phénomène de l'intégration communautaire aurait à être pris en considération, selon O'Malley (1978), dans les opérations et politiques de reconstruction puisqu'elle pourrait constituer un facteur d'augmentation du succès sous ces rapports. Une participation active des citoyens touchés serait bénéfique au redressement de la communauté.

soin) et l'intégration sociale (les types et la quantité de relations avec autrui). La prise en considération du soutien social en tant que variable ou facteur pouvant influencer la symptomatologie ou l'état de stress post-traumatique s'impose lorsque l'on observe l'environnement du rétablissement des individus à la suite d'un désastre. Celui-ci peut être conceptualisé comme une caractéristique individuelle ou un élément du système social auquel appartient l'individu. Dans un premier temps, il peut être évalué selon la manière ou la capacité d'un individu à utiliser avantageusement ou à aller chercher le soutien dont il a besoin ou, en second lieu, être considéré [164] selon le type ou le degré de soutien disponible pour une personne, dans un environnement donné (Green et al., 1985a). Trois grandes catégories de facteurs, le plus souvent mentionnées, semblent aussi déterminer le soutien disponible aux victimes : les caractéristiques de l'élément stressant, les caractéristiques personnelles et le contexte écologique particulier des échanges de soutien (Kaniasty et Norris, 1995b).

Plusieurs auteurs ayant considéré la relation entre le soutien social et la santé psychologique ou physique ont conclu à un effet modérateur ou médiateur du soutien social sur ces dernières et, dans une relation inverse, à une amplification des effets négatifs sur les victimes lors du déclin ou du manque de soutien social (Cassisty et McDaniel, 1994 ; Crabbs et al., 1981 ; Erickson, 1976 ; Green et al., 1985a ; Kaniasty, 1991 ; Kaniasty et Norris, 1993, 1995a ; Lin et al., 1979 ; Milne, 1977). De plus, dans le même ordre d'idées, Madakasira et O'Brien (1987) ont mentionné qu'un lien pouvait être établi entre un soutien social inadéquat et la manifestation de l'état de stress post-traumatique. Olson (1993) a mentionné l'existence d'une relation entre la gravité de ce syndrome et les compétences des systèmes de soutien social. Dunal et al. (1985) ont constaté quant à eux que le fait de ne pas recevoir d'aide augmentait la souffrance des victimes d'une inondation, alors que Green et al. (1985b) ont affirmé qu'un faible soutien social était lié à de hauts taux de psychopathologie. Il semble également que l'existence d'un réseau de soutien social facilite le retour des gens évacués (Milne, 1977). Plus récemment, Maltais, Lachance et al. (2000), dans une étude visant à identifier l'importance du soutien social sur l'état de santé biopsychosocial des sinistrés des inondations de juillet 1996 survenues au Saguenay-Lac-Saint-Jean, arrivent aux conclusions qui suivent : a) Le fait de recevoir ou non de l'aide

concrète ou morale pendant la crise ou après celle-ci ne fait pas de différence entre les sinistrés pour ce qui est de la perception de l'état de santé physique. [165] Les sinistrés, qu'ils aient ou non reçu de l'aide, présentent également des scores similaires aux différentes échelles servant à mesurer leur état de santé psychologique. b) Toutefois, deux ans après le sinistre, les victimes déclarant avoir reçu moins d'aide qu'espéré présentent généralement un état de santé physique et psychologique plus précaire que les sinistrés considérant avoir reçu autant ou plus d'aide qu'espéré.

Comme il a été mentionné précédemment, chez les parents célibataires, le soutien social n'est pas disponible ou distribué également chez les victimes de désastres. D'autres groupes semblent ne pas pouvoir bénéficier, autant qu'il le faudrait, de son effet modérateur. Ainsi, les personnes à faible revenu et les minorités, les hommes, les aînés, les gens non mariés, les personnes peu scolarisées et les victimes n'ayant pas enregistré de dommages à leur propriété (victimes secondaires) reçoivent moins d'aide que les femmes, les plus jeunes, les gens mariés et les personnes très scolarisées (Kaniasty et Norris, 1995a). Selon Stewart (1986), de faibles niveaux de soutien social étaient associés à une plus forte utilisation des services médicaux à la suite d'une tornade et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Il ressort également que le fait de disposer d'un réseau de relations important est associé à plus de soutien pouvant être reçu en situation de désastre (Drabek et Key, 1984).

Les déplacements et la relocalisation

[Retour à la table des matières](#)

Cette section aborde les impacts négatifs pouvant survenir à la suite de déplacements ou d'une relocalisation involontaire après un sinistre. L'importance que les individus accordent à leur domicile ainsi que le rôle du sentiment d'appartenance et de l'attachement au milieu sont aussi des éléments qui sont considérés.

Le fait d'être déplacé de son domicile vers une autre source d'hébergement ou de devoir enclencher un processus de [166] relocalisation à la suite d'un désastre peut provoquer des effets déstabilisants

chez les individus (Maltais, Robichaud et Simard, 1999, 2000). Les perturbations ou les effets négatifs qui sont associés à ces changements risquent de se répercuter sur leur santé physique, mentale ou sociale. Les menaces aux sentiments d'identification, d'attachement ou d'appartenance au lieu de résidence ainsi que les ruptures environnementales associées à la relocalisation affectent également la santé des sinistrés. Être relocalisé dans un endroit qui convient ou répond aux besoins et aux aspirations des membres de la famille constitue un facteur clé du succès du rétablissement après un désastre. La relocalisation peut aussi être évaluée en termes de gains et de pertes, mais les pertes apparaissent comme étant plus nombreuses selon la documentation consultée.

Les chercheurs suggèrent que le choix et la congruence en relation avec les possibilités de situation résidentielle suivant un désastre constituent un lien crucial entre un état de santé satisfaisant et la relocalisation (Sowder, 1985). Les résultats obtenus par certains chercheurs, quoique divergents dans les constats qui en ont émergé, rallient ce point de vue. Ainsi, certains adultes qui avaient été relocalisés ont mentionné des changements positifs, surtout en raison de l'amélioration de leur logement et d'un environnement jugé meilleur (Ollendick et Hoffman, 1982 ; Wilner et al., 1962), alors que pour d'autres victimes de désastre, la relocalisation forcée est associée à des désordres psychologiques (Fried, 1963 ; Gleser et al., 1981 ; Maltais et al., 1999 ; Milne, 1977). D'où l'importance d'évaluer toutes les dimensions que peut comporter la définition du domicile dans le contexte d'une relocalisation.

Fried (1963) et Maltais et al. (1999, 2000) ont suggéré que la relocalisation suivant un désastre était vécue comme une crise pour l'individu et que cette crise pouvait engendrer des problèmes psychologiques. Selon ces auteurs, la relocalisation s'accompagne [167] d'un grand sentiment de tristesse lié non seulement à la perte du domicile, mais à tout l'environnement de celui-ci. La résorption de cette crise sera inhérente au succès obtenu lors de la relocalisation. Parmi les réactions notées chez les victimes relocalisées, Fried (1963) mentionne les sentiments de pertes douloureuses, de nostalgie persistante, de dépression généralisée et de symptômes somatiques, psychologiques et sociaux. Les individus ont également à fournir de nombreux efforts pour s'adapter à leur nouvelle situation, éprouvent un grand sentiment

d'impuissance, de colère et d'idéalisation de la demeure quittée. La relocalisation est donc associée à une grande peine pour nombre d'individus. Une étude menée par l'auteur rapporte que des sentiments de tristesse et de dépression ont été constatés à long terme (de six mois à deux ans et plus) chez les individus affectés par une relocalisation, soit chez 46% des femmes et 38% des hommes. Le quartier résidentiel est associé à la présence d'un réseau significatif et permet de développer le sentiment d'appartenance. Ainsi, plus le sentiment d'appartenance est élevé avant la relocalisation, plus les gens seront tristes et dépressifs à la suite de celle-ci. Après les inondations survenues au Saguenay, des résidents ayant été évacués et relocalisés ont mentionné vivre des sentiments de déracinement et de deuil. Les sinistrés ont aussi fait mention de sentiments de perte face à la rupture de leurs contacts habituels avec leurs parents, leurs amis ou leur voisinage (Maltais et al., 1999).

Richard (1974) a par ailleurs évoqué que les perturbations des patterns familiaux, le manque de familiarité avec le nouvel environnement physique et la perte de voisins familiers, de l'épicerie du coin et du voisinage avaient précipité les victimes d'inondations dans un déséquilibre émotionnel grave et suscité des réactions comportementales chez la plupart des familles. L'auteur a établi un lien entre l'appartenance au milieu et le degré de perturbation. Selon Raphael (1986), les réactions à la perte du domicile sont le chagrin, [168] l'engourdissement émotionnel, la protestation, la tristesse et la désolation. Il peut également se manifester des sentiments d'envie, de jalousie et de culpabilité. On remarque également un déni, dans les suites premières d'un désastre, chez les individus n'ayant pas été affectés physiquement ou chez ceux qui se comparent à d'autres ayant subi des pertes plus importantes. L'auteur évoque également l'instabilité et la désorientation auxquelles font face les individus confrontés à la perte de la communauté et à la présence de nombreux problèmes bureaucratiques. La perte de l'identité pour les victimes est également reliée à la destruction de nombreux symboles sociaux importants tels les passeports, certificats de naissance et de mariage, photographies et divers papiers. Les enfants relocalisés à la suite d'un désastre démontrent de l'irritabilité, de l'agressivité, de l'isolement, du retrait, de la somatisation ainsi que des désordres émotionnels et des problèmes de conduite (idem).

L'aspect pécuniaire entre également en considération dans la relocalisation des individus (Trainer et al., 1977). L'assistance financière gouvernementale diminue le coût de la relocalisation mais ne le fait pas disparaître (Haas et al., 1977). Bien souvent, les victimes de désastres sont relocalisées dans des demeures plus dispendieuses que celles qui ont été détruites, ce qui a pour effet d'affecter l'équilibre budgétaire familial et d'obliger, dans certains cas, le seul pourvoyeur à augmenter le nombre d'heures de travail nécessaires pour boucler le budget ou à diminuer les dépenses reliées aux activités sociales ou récréatives (Maltais et al., 1999). Dans cet ordre d'idées, Steinglass et Gerrity (1990) ont aussi mis en évidence que les personnes ayant l'avantage de pouvoir choisir de s'établir ailleurs avant le désastre, pour des raisons financières ou autres, étaient susceptibles d'éprouver moins de problèmes d'adaptation que celles qui étaient plutôt limitées au regard de cet aspect. Fried (1963) a de plus mentionné qu'un statut social élevé modérait les impacts négatifs [169] lors de la relocalisation et que plus les gens sont attachés à leur quartier, plus l'impact psychologique sera élevé. Grunfeld (1970) a également suggéré que les quartiers anciens sont souvent habités par des gens ayant des revenus moins élevés qui attachent plus d'importance à leurs résidences que les gens habitant des quartiers plus modernes où les résidences sont de qualité moindre. Selon Trainer et al. (1977), à la suite de l'inondation de Rapid City, les familles ont dû faire face à des dépenses supplémentaires en raison du désastre. Ces dépenses étaient surtout liées à la relocalisation dans une maison plus dispendieuse ou à la remise en état de la maison inondée. L'aide reçue ne compensait pas toutes les dépenses occasionnées par le sinistre. L'impact négatif de la perte du domicile et des biens sur le bonheur de la famille fut ressenti à long terme. Miller et al. (1981) ont aussi constaté que la relocalisation permanente de victimes d'inondations affectait leur rétablissement psychologique et leur situation financière.

Haas et al. (1977) affirment que le processus de rétablissement de la famille est lié aux conditions financières, matérielles et personnelles pré-désastre de celle-ci. Des conditions antérieures meilleures favoriseront donc le retour à la normale de la famille. De plus, les familles touchées par un ou plusieurs aspects suivants auront plus de probabilités d'éprouver des difficultés à se remettre du désastre : l'absence d'emploi d'un ou des deux parents, la préexistence de maladie ou d'in-

validité chez un des membres de la famille, le peu ou l'absence de relations significatives avec les membres de la famille élargie ou le voisinage, le peu de réserves financières au moment du désastre. Les familles ayant été confrontées au décès ou aux blessures d'un de leurs membres lors du désastre ou ayant perdu leur demeure ou ayant enregistré des dommages majeurs ou encore perdu leur emploi à la suite du désastre auront également plus de difficultés à se relever des conséquences négatives liées à l'événement.

[170]

La perte du domicile modifie aussi la dynamique familiale et nécessite un ajustement à de nouvelles conditions de vie. Elle peut aussi impliquer la disparition de symboles familiers qui provoquent des conséquences émotionnelles douloureuses qui risquent d'affecter l'entité familiale (Ursano *et al.*, 1994). Steinglass et Gerrity (1990) attribuent quant à eux l'attachement d'une famille à sa résidence à la réponse que procure celle-ci aux besoins individuels et familiaux. Ils précisent aussi que l'attachement au milieu correspond à la perception de qualité du milieu qu'avait la famille et au degré d'engagement de la famille dans ce même milieu.

Se relocaliser implique davantage qu'un simple déménagement ou le choix d'une nouvelle résidence. Cela signifie également réorganiser presque en entier son mode de vie. Ursano *et al.* (1994) évoquent quant à eux une réorganisation de soi. L'immersion dans un nouveau quartier sous-entend la présence d'un nouvel entourage tant physique que social : la modification dans l'accès aux services et au travail, la présence de nouveaux voisins ou d'étrangers. Cette nouvelle façon de vivre suppose également une rupture par rapport à un ancien mode de vie, à la familiarité avec des lieux sécurisants et à la présence d'un réseau d'amis, de connaissances ou de parenté constitué depuis plusieurs années. Maltais *et al.* (1999), dans leur étude auprès de 69 sinistrés ayant perdu leur maison lors des inondations de juillet 1996, soulignent que la perte du domicile provoque non seulement un état de désorganisation et de désorientation chez les sinistrés, mais qu'elle correspond aussi pour plusieurs à l'anéantissement d'une partie de leur vie. Elle engendre aussi une situation de deuil relative à des années d'efforts investis à l'identification du chez-soi, à une façon de vivre et à la construction d'un univers social.

Comme la présence de réseaux sociaux influence par ailleurs la détermination du lieu de vie (Haas *et al.*, 1977), Fried (1993) [171] a évoqué la nécessité de continuité lors d'un processus de relocalisation réussi et a affirmé que les familles essayaient de se relocaliser physiquement non loin du quartier où elles résidaient avant le désastre, même si elles enregistraient une perte de leurs relations interpersonnelles. Pour d'autres, c'est en tentant de retrouver les mêmes caractéristiques parmi la population constituant leur nouvel entourage qu'ils arrivaient à ressentir cette continuité. Abondant dans ce sens, Bolin (1982) a mentionné que Dace et Kunreuther (1969) avaient mis en évidence que les familles tendaient à se relocaliser avec des gens apparentés et, si possible, à se rétablir dans leur ancien secteur ou quartier. La demeure est plus qu'une simple construction physique. Lawrence (1987) a présenté celle-ci sous trois dimensions se rapportant à ceux qui l'habitent. Le tableau 11 résume l'essentiel de la pensée de l'auteur.

La maison est un symbole de continuité de la vie et d'identité pour la famille. Perdre sa maison, c'est aussi perdre sa sécurité. Steinfield (1982) mentionne que perdre sa demeure, c'est aussi être dépossédé d'un aspect de son identité. La demeure, son aménagement et ses modifications au fil du temps correspondent à des changements ou des événements de la vie des individus comme par exemple le mariage, la naissance, la retraite, etc. Le changement de résidence signifie aussi un changement de statut ; ainsi, du statut de résident on passera lors de la relocalisation au statut de nouvel arrivant.

Rowles (1983) abonde dans le même sens, évoquant de plus que, surtout pour les personnes âgées, la perte de l'aspect sécuritaire d'un lieu connu constitue un bouleversement. Les caractéristiques de la demeure et de son environnement, tels la reconnaissance des endroits à risque (un escalier, un trottoir pouvant être rendu glissant, etc.), représentent un aspect sécurisant pour les personnes âgées. Clayer *et al.* (1985) mentionnent également que la perte du domicile correspond aussi à une

[172]

Tableau 11
Les dimensions culturelles, sociodémographiques
et psychologiques de l'habitation

[Retour à la table des matières](#)

DIMENSIONS CULTURELLES	DIMENSIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES
<ul style="list-style-type: none"> * Images cosmiques * Normes et règles parentales * Disposition et orientation de la demeure * Méthodes de construction de la maison * Modes de vie domestique * Langage/catégories de classification * Rituels domestiques et sociaux * Règles implicites conventions et normes * Règles explicites règlements de conception * Valeurs partagées : existantes et historiques 	<ul style="list-style-type: none"> * Âge et sexe des résidents * Structure démographique et composition du ménage * Revenus du ménage * Statut de l'emploi : classe sociale * Impact des technologies domestiques * Valeurs socio-économiques : espaces et objets * Rôles domestiques et sociaux * Routines domestiques * Routines et vie sociale * Croyances et pratiques religieuses 	<ul style="list-style-type: none"> * Estime de soi * Identité personnelle * Espaces personnels et privés * Aspirations et buts * Valeurs personnelles * Préférences personnelles * Rôle personnel * Biographie résidentielle * Étapes subjectives de la vie * Symbolisme domestique

Source : Lawrence, R.J. (1987), What Makes a House a Home ?, *Environment and Behavior*, vol. 19, n° 2, mars, Sage Publications Inc., p. 154-168.

[173]

perte d'identité et qu'elle a des effets négatifs sur la santé physique des sinistrés. Lors de déplacements dans des abris temporaires, certains facteurs environnementaux peuvent également contribuer à accentuer les sentiments de détresse. L'inconfort des lieux, le manque d'intimité, la promiscuité ainsi que le manque de commodités ou d'équipements pour certaines activités quotidiennes ou les soins d'hygiène réguliers pour les sinistrés ou les membres de leur famille amplifient les difficultés vécues (Kato et al., 1996).

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

- * Certains groupes d'individus sont plus vulnérables aux conséquences psychologiques négatives à la suite d'un sinistre. Les chercheurs ont identifié comme tels :
 - les enfants (incluant ceux qui naissent pendant ou après le désastre) ;
 - les personnes âgées fragilisées ou démunies ;
 - les individus qui enregistrent des dommages ou des pertes importantes ;
 - les personnes à faible revenu, sans emploi ou qui perdent leur emploi après un sinistre ;
 - les personnes ayant des antécédents d'instabilité émotionnelle ou des problèmes psychiatriques ;
 - personnes socio-économiquement défavorisées ;
 - les familles nombreuses ;
 - les femmes ;
 - les personnes exposées à des scènes horribles ;
 - les personnes qui éprouvent un sentiment de culpabilité en raison d'avoir survécu ;

- les personnes appartenant à des groupes minoritaires ;
- les individus qui éprouvent des problèmes de santé physique ou psychologique antérieurs au désastre ;
- les personnes n'ayant jamais vécu d'expérience semblable au désastre ;

[174]

- les individus croyant ne pas posséder les ressources (personnelles, interpersonnelles, sociales ou matérielles) pour gérer les conséquences du désastre ou qui les perdent ;
 - les personnes directement exposées ;
 - les personnes vivant seules ;
 - les individus privés de soutien social ou dont le soutien social est inadéquat ;
 - les personnes dont la vie et l'avenir sont limités par des contraintes et des obstacles reliés au sexe, à l'ethnicité, à l'absence de pouvoir politique ainsi que par différentes formes de domination ou d'oppression.
-
- * Le constat de la mortalité ou de blessures et l'exposition à celles-ci ont une influence sur la psychopathologie pouvant être décelée après un désastre.
 - * La crainte de perdre la vie demeure une des expériences les plus traumatisantes que peuvent vivre les individus.
 - * Le degré d'exposition est une variable pouvant comporter plusieurs indicateurs et ceux-ci varient selon les modèles de recherche élaborés.
 - * Une plus forte exposition est liée à davantage de risques à la santé physique ou psychologique ainsi qu'à l'intensité et la durée des symptômes.
 - * D'autres variables que le degré d'exposition sont susceptibles d'agir plus fortement sur la psychopathologie ou la détresse vécue par les victimes de sinistres.

- * Les personnes non directement exposées aux éléments du désastre peuvent également subir des conséquences négatives substantielles.

[175]

- * Le temps écoulé depuis le désastre correspond généralement à une diminution des symptômes ou à une atténuation de la détresse psychologique.
- * Chez certaines victimes, la durée, l'apparition et même l'augmentation de l'intensité des symptômes psychologiques peuvent être constatés sur des périodes variant de quelques mois à plusieurs années.
- * Les dommages et les pertes matérielles subis sont des variables prédisant la détresse psychologique, de même que l'endettement qu'ils peuvent générer.
- * L'importance accordée aux pertes de ressources influence l'intensité du chagrin ressenti par les sinistrés.
- * Le fait d'être continuellement en contact avec des dommages physiques accentue les difficultés psychologiques.
- * La perte du domicile agit sur la détérioration de la santé physique des sinistrés.
- * Le degré de dévastation de la communauté semble influencer positivement la durée des répercussions psychologiques négatives sur ses membres.
- * Le blâme ou l'attribution de la responsabilité du désastre est une variable qui ressort davantage lors de désastres où l'intervention humaine est mise en cause.
- * Une diminution du stress peut être constatée lorsque les victimes ressentent un sens de contrôle sur l'événement et sur les possibilités qu'il se reproduise ou qu'elles peuvent en attribuer la responsabilité à une quelconque entité.

[176]

- * L'état de stress post-traumatique peut être associé au degré de dévastation matérielle et à la perturbation de la vie des individus touchés par un sinistre.

- * Le caractère soudain d'un désastre de même que son prolongement et son étendue agissent sur l'intensité des réactions émotionnelles et psychologiques.
- * Les désastres technologiques peuvent engendrer des conséquences négatives plus importantes que les désastres de cause naturelle.
- * Le type du désastre influence la détresse psychologique subséquente.
- * Selon une tendance généralement observée, les individus les moins scolarisés sont plus affectés au plan psychologique lors d'un sinistre.
- * Le degré de scolarisation peut agir sur :
 - la perception du danger ;
 - la réception de soutien post-désastre ;
 - la détérioration des relations familiales ;
 - la participation aux études post-désastre.
- * Un revenu actuel et pré-désastre adéquat ou plus élevé semble protecteur contre les effets négatifs d'un désastre.
- * Les personnes socio-économiquement défavorisées ont plus de difficultés à se remettre des pertes générées par un sinistre.
- * Les femmes sont généralement plus affectées que les hommes au plan psychologique et elles expriment différemment la détresse ressentie.

[177]

- * Comparativement aux hommes, les femmes ressentent plus fortement la menace provoquée par un désastre et elles semblent disposer de plus de soutien émotionnel, informationnel et tangible.
- * L'influence de l'âge des victimes sur la symptomatologie post-désastre observée demeure un aspect évalué de façon mitigée.

- * Peu d'études ont pu vérifier la dégradation de l'état de santé physique et psychologique par comparaison à des données pré-désastre existantes.
- * Les personnes éprouvant des problèmes de santé psychologique pré-désastre voient habituellement augmenter le degré de ces derniers à la suite d'un désastre.
- * Les femmes souffrant de dépression et les hommes ayant un problème d'alcoolisme sont plus vulnérables au stress post-traumatique après un désastre naturel.
- * Le soutien social peut être conceptualisé en tant que caractéristique de l'individu ou comme un élément du système social auquel il appartient. Il demeure une variable incontournable lors de l'évaluation des symptômes et de la détresse vécue à la suite d'un désastre.
- * La présence de soutien social est positivement liée à une moindre altération de la santé physique ou psychologique et une relation inverse se constate lorsque ce dernier est insuffisant, inadéquat ou inexistant.
- * Selon les sous-groupes ou les catégories socio-économiques auxquelles elles appartiennent, les victimes d'un désastre ne disposent ou ne bénéficient pas de la même quantité et qualité de soutien social.

[178]

- * Le déplacement du domicile ou la relocalisation risquent de déstabiliser les victimes d'un sinistre et de provoquer des conséquences négatives sur leur santé physique, psychologique ou sociale.
- * Les individus relocalisés enregistrent davantage de pertes que de gains.
- * Certains changements positifs peuvent être enregistrés par les sinistrés relocalisés lorsque :
 - les choix de rétablissement ou de situation résidentielle sont possibles ;

- le nouveau logement ou le nouvel environnement domiciliaire sont évalués comme étant de qualité supérieure comparativement à l'ancien ;
 - les dépenses supplémentaires n'excèdent pas la capacité financière des individus.
- * La relocalisation peut être vécue comme une importante crise pour les victimes d'un sinistre ou les membres de la famille et elle risque de générer des problèmes psychologiques.
- * Parmi les principaux sentiments et symptômes pouvant être éprouvés à la suite d'une relocalisation, mentionnons surtout :
- la tristesse intense ;
 - le sentiment de perte ou de deuil ;
 - la perte d'identité ;
 - la nostalgie persistante et la dépression ;
 - la culpabilité, la jalousie ou l'envie ;
 - la somatisation ;
 - les problèmes psychologiques et émotionnels ;
 - l'irritabilité, l'agressivité et l'isolement ;
 - les difficultés sociales ou comportementales ;
 - l'instabilité et la désorientation.

[179]

- * Un sentiment d'appartenance élevé au milieu quitté est positivement lié à la détresse psychologique éprouvée à la suite d'une relocalisation.
- * L'aide financière octroyée lors d'un désastre ne comble pas toujours le coût engendré par les travaux de rénovation ou les frais qui sont induits par une relocalisation due à la perte du domicile.

- * Pour les sinistrés, la relocalisation peut constituer une rupture ou des dérangements importants en regard de leur ancien mode de vie, de leurs relations familiales ou sociales ainsi qu'un changement de statut social.
- * Les personnes ou les familles sinistrées qui sont défavorisées aux plans de l'emploi, de la santé physique ou psychologique, des relations sociales et des moyens financiers éprouvent davantage de difficultés lors d'une relocalisation.
- * Lors de déplacements dans des abris temporaires, le stress vécu par les sinistrés peut être accentué par l'inconfort, le manque d'intimité et d'hygiène ainsi que par la désorganisation de la vie quotidienne.

[181]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 6

L'impact d'un désastre sur la vie familiale et sociale

[Retour à la table des matières](#)

Selon Barton (1969), les unités géographiques telles le voisinage et les petites communautés sont différentes des unités sociales que sont la famille, la parenté, les amis, les groupes religieux ou ethniques, ou encore, les classes sociales et économiques. Toutefois, l'avènement d'un stress dans une dimension géographique influe sur l'unité sociale en faisant partie. L'auteur mentionne par ailleurs que lors de désastres où il n'y a pas d'avertissement, on constate une plus grande perte et moins de capacité de réagir du système et des sous-systèmes sociaux, en comparaison de situations où la préparation est possible.

Le couple et la famille

Même si la structure de la famille a été modifiée au cours des dernières décennies, celle-ci constitue toujours la cellule de base pour la majorité de nos sociétés contemporaines. Elle représente la plus importante source de soutien social pour les individus confrontés aux désastres et elle joue un rôle majeur dans le rétablissement des com-

munautés affectées (Drabek et Key, 1986 ; Smith, 1983). Trainer et Bolin (1976) ont fait ressortir trois types de contraintes auxquelles doivent faire face les familles en période de rétablissement post-désastre : les contraintes matérielles relatives à la destruction physique du domicile et de l'environnement immédiat, les contraintes temporelles qui supposent les délais imposés pour un retour aux activités familiales quotidiennes, et les entraves à la réappropriation du sens familial de la normalité et de la familiarité. Sauf en de rares exceptions, la plupart des chercheurs ont constaté que les victimes de désastres vivaient des perturbations conjugales et familiales. Toutefois, Ollendick et Hoffman (1982) sont arrivés à des résultats [182] contrastants, évoquant ne pas avoir noté de perturbations sociales, conjugales ou familiales à la suite d'une inondation. Pour sa part, Aguirre (1980) a mentionné ne pas avoir constaté de hausse du taux de divorce à la suite de désastres et Robins et al. (1986) ont observé que la stabilité des mariages chez les non-exposés semblait s'accroître dans l'année suivant le désastre.

Erickson (1976) a suggéré que les désastres influençaient la rupture des unions et Powell et Penick (1983) ont fait ressortir que les relations entre les membres de la famille avaient été affectées négativement à la suite des inondations au Mississippi. Selon Raphael (1986), la tension provoquée par la relocalisation agit également sur la dynamique des couples. Cette dernière évoque également la présence de nombreux problèmes familiaux liés à cette situation. Par exemple, dans les premiers jours suivant le désastre, la rupture du rituel familial peut sembler amusante pour les enfants, mais celle-ci suscitera subséquemment de l'irritation et de l'insécurité chez ces derniers, alors que chez les adolescents, les chercheurs ont constaté des phénomènes de délinquance et de retrait (*idem*). Echterling et al. (1988) semblent également suggérer que plusieurs sujets ont vu leur mariage ou leurs relations avec leurs enfants se détériorer lors d'un désastre. Clayer et al. (1985) ont aussi noté que le statut conjugal avait une influence sur le développement de problèmes de santé physique chez des individus touchés par des incendies majeurs. Ces auteurs ont aussi remarqué que les personnes divorcées et remariées étaient plus à risque de subir des effets négatifs, non seulement au plan de la santé physique, mais aussi au plan de leur santé psychosociale. Ces individus ayant déjà vécu une rupture familiale et les pertes qu'elle peut générer deviennent plus

vulnérables à la menace d'une seconde épreuve du même genre. La vie de couple correspond également, selon Kaniasty et Norris (1995b), à plus de soutien informationnel et émotionnel. L'impact des pertes chez les gens mariés peut aussi être tempéré par le soutien tangible qui semble leur être davantage disponible.

[183]

D'autres chercheurs ont observé que la présence de responsabilités familiales, plus spécifiquement celles liées à de jeunes enfants, augmente le degré de perturbation à la suite d'un désastre (Dunal et al., 1985 ; Drabek et Stephenson, 1971). Relativement au rôle parental, Swenson et al. (1996) ont récemment mis en évidence l'importance de ce rôle sur la dynamique de rétablissement familial, mentionnant que les capacités des parents à gérer leurs propres difficultés agissent sur la réaction des enfants face au désastre. Adams et Adams (1984), ayant étudié une petite communauté à la suite de l'éruption du mont Sainte-Hélène, ont aussi noté que les désastres naturels pouvaient susciter des réactions de stress non transitoires, dont la violence familiale.

Explorant le rôle des parents en relation avec les effets sur la santé psychologique, Solomon et al. (1993) ont mentionné que les parents célibataires exposés à un sinistre étaient ceux qui avaient été les plus affectés, même si les parents mariés semblaient également à haut risque. Se référant à la relation de couple, Solomon et al. (1987) ont noté antérieurement que si le soutien procuré par l'épouse atténuait la symptomatologie du mari, celle-ci voyait augmenter ses symptômes, notamment la somatisation. L'engagement social chez les femmes pourrait ainsi agir comme facteur d'accroissement des difficultés psychologiques au lieu de constituer un modérateur de celles-ci. Dans le même ordre d'idées, Green et Lindy (1994) ont suggéré que les femmes mariées ou les parents célibataires peuvent être plus vulnérables aux effets des désastres, possiblement parce qu'ils ont à supporter les autres, ce qui crée un fardeau additionnel. Il ressort également, selon ces auteurs, que les parents célibataires sont à haut risque pour la perte de soutien émotionnel suivant un désastre et que l'accessibilité à un tel soutien à un niveau modéré semble tempérer la détresse.

Bien que certains chercheurs aient mentionné que l'unité [184] familiale agissait positivement sur les réactions émotionnelles (Drabek et Stephenson, 1971), le rétablissement ne s'effectue pas de manière

uniforme chez toutes les familles. Bolin (1976) a mentionné que les familles plus âgées ont moins tendance à retourner vivre dans les domiciles endommagés que les plus jeunes, qu'un meilleur statut économique correspondait à plus de succès dans le rétablissement familial et que les familles dans les derniers cycles de vie se rétablissent moins bien. Se référant aux travaux de Logue (1976), Crabbs et al. (1981) ont réitéré que le découragement des familles était accentué par les problèmes financiers, le chômage, les efforts physiques investis dans la reconstruction et le sentiment d'avoir été trompé d'une manière ou d'une autre. La position occupée dans la hiérarchie familiale ou la parité semble aussi influencer sur les comportements lors de désastres. Strumpfer (1970) a noté chez des sujets adultes victimes d'une inondation que le rang de naissance agissait sur la peur ressentie ; ainsi, les premiers-nés rapportaient plus de craintes que les derniers-nés et les tendances à l'affiliation étaient plus présentes chez les femmes que chez les hommes. Cette tendance se manifestait également davantage chez les premiers-nés. Bolin (1982) s'est aussi intéressé au rétablissement des familles à la suite d'un désastre. S'inspirant de recherches antérieures, il a présenté divers modèles de rétablissement élaborés par différents auteurs. Le tableau 12 offre une synthèse de ces modèles.

Faisant état des désastres majeurs survenus sur une période d'environ dix ans aux États-Unis, Melick et al. (1982) ont mentionné qu'au moins 15% des familles affectées souffraient de détresse mentale au point de devoir consulter les services de santé. Les auteurs ont aussi relaté qu'environ 25% des personnes affectées peuvent reprendre de façon fonctionnelle les activités normales, que 25% montrent des réactions liées à la perturbation et que le reste sera affecté à des degrés divers en ce qui a trait à l'adaptation ou à la manière de composer avec le désastre.

[185]

Tableau 12
Les modèles de rétablissement familial post-désastre

[Retour à la table des matières](#)

AUTEURS	MODÈLES PROPOSÉS
Bolin et Trainer (1978)	<p>Modes de rétablissement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mode autonome : la famille se fie en tout premier lieu à ses propres ressources 2) Mode parental : la famille se réfère à la parenté élargie 3) Mode institutionnel : la famille utilise l'aide gouvernementale et communautaire
Drabek et Key (1981)	<p>Modèle à variables catégorisées</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Caractéristiques familiales démographiques 2) Capacité de rétablissement familial (qui réfère aux ressources internes et externes) 3) Caractéristiques de la portée du désastre (impact physique, degré de traumatismes, etc.) 4) Réponses de rétablissement (utilisation des sources d'aide disponibles) 5) Impacts sociaux et personnels (santé, satisfaction conjugale, etc.)
Bolton (1979)	<p>Modèle de rétablissement à 6 variables indépendantes et 4 variables dépendantes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Statut économique des familles 2) Impact absolu (pertes encourues) 3) Rapport pertes financières/ressources financières 4) Aide (ressources planifiées par la famille pour le rétablissement) 5) Accès aux bénéfiques (fait référence à la position dans la structure sociale) 6) Continuité de l'emploi (interruption de salaire)

AUTEURS	MODÈLES PROPOSÉS
	1) Rétablissement du revenu antérieur 2) Rétablissement du même nombre d'occupants 3) Rétablissement des commodités et du confort 4) Perception du rétablissement
Bolin (1976)	Modèle du cycle de vie familiale 1) Âge de tous les membres de la famille 2) Composition de la famille selon l'âge 3) Nombre d'individus dépendants

Source : Bolin, R. (1982), *Long-term Family Recovery from Disaster*, Colorado, Library of Congress.

[186]

La perturbation des activités quotidiennes et sociales

[Retour à la table des matières](#)

Lorsque les individus sont affectés au plan matériel et que leur santé biopsychosociale est perturbée, plusieurs autres effets peuvent se manifester dans la poursuite de leurs rôles sociaux, dont une diminution de la satisfaction et de la performance face aux activités de la vie quotidienne, incluant le travail et l'activité scolaire (Yates, 1992). Pour Nolen-Hoeksema et Morrow (1991), les dérangements dans les activités quotidiennes sont apparus comme le plus important facteur de stress chez un groupe de sinistrés, alors que Canino et al. (1990) ont mentionné que les répercussions du désastre sur la vie quotidienne affectent ultérieurement la santé mentale.

Dans le cadre de la tempête de verglas, certaines catégories d'individus ont subi des pertes substantielles. En effet, les acériculteurs, les

pomiculteurs et ceux dont les activités sont directement reliées aux ressources agricoles ou forestières ont enregistré davantage de pertes que des individus ayant été malheureusement privés de leur emploi pour quelques heures ou quelques jours (Maltais et al., 2000). Les personnes n'ayant pu se rendre au travail ou qui ont été congédiées à la suite de leur incapacité à continuer leurs activités salariées en raison de problèmes liés au verglas, celles qui ont vu leur employeur diminuer ou cesser leurs activités ont aussi cumulé des pertes importantes.

À la suite d'une étude auprès de victimes d'inondations au Texas, Crabbs et Black (1984) ont mentionné que plusieurs activités de la vie quotidienne avaient été perturbées, dont le travail. Les répercussions négatives se constataient par des difficultés assez sérieuses pouvant conduire à la perte d'emploi. Lors d'une étude comparative de six zones touchées par l'ouragan Andrew, McDonnell et al. (1995) ont constaté que 17% de l'ensemble des familles étudiées ont fait mention de la perte d'emploi chez un membre de leur famille à la suite du désastre.

[187]

La destruction de l'entreprise ou les réparations nécessitées à la suite d'un désastre, les changements dans les fonctions généralement remplies par l'employé, les arrêts de travail momentanés en raison de la nécessité d'assurer une présence au domicile ou la nécessité de trouver un travail complémentaire pour combler les dépenses et frais supplémentaires occasionnés par le désastre constituent des aspects additionnels à considérer lorsque l'on évalue l'impact d'un désastre sur la santé sociale des individus (Bolin, 1982).

En plus des nombreux dégâts et pertes occasionnés aux domiciles, des bris majeurs et mineurs sont généralement constatés au plan des infrastructures privées et publiques. Les perturbations liées à l'emploi qui s'ensuivent peuvent receler un potentiel d'effets psychologiques négatifs pour les travailleurs. Tobin et Ollenburger (1996) ont démontré que lors d'un désastre, la situation relative à l'emploi influencerait l'apparition de l'état de stress post-traumatique ; ainsi, la perte d'emploi permanente ou temporaire serait un facteur de la prévisibilité d'apparition de cet état. Le changement face aux sources de revenu peut perturber l'équilibre budgétaire des familles et individus, créant ainsi une nouvelle source de stress (Powell et Penick, 1983).

Dunal et al. (1985) ont aussi mentionné que les personnes ayant un emploi étaient plus perturbées que celles qui n'en avaient pas. Le point de vue de Price (1978) semble diverger puisque les résultats de son étude, à la suite d'une inondation, ont fait ressortir que les hommes non retraités démontraient moins de symptômes psychologiques que les femmes demeurant à la maison. Il peut également se manifester une certaine insatisfaction face à l'emploi à la suite d'un désastre ; d'après une étude longitudinale, celle-ci semble toutefois diminuer avec le temps (Parker, 1977).

Bien que la reconstruction puisse occasionner une augmentation de l'emploi, celle-ci ne peut être que temporaire. Hall et [188] Landreth (1975) ont mentionné que, dans les premiers temps suivant le désastre, la quantité de travail avait moins augmenté que le bassin de travailleurs, le taux de chômage était passé de 3,9% à 11% dans les premiers mois suivant l'inondation et ce n'était que dans l'année suivante, lorsque le processus de reconstruction fut enclenché, que le taux de chômage fut ramené un peu au-dessous du taux antérieur à l'inondation, soit 3,2%.

En ce qui a trait plus spécifiquement à la performance au travail des individus en fonction de la nature du désastre, Baum *et al.* (1992) ont mis en évidence que les individus exposés à un risque de toxicité après des inondations démontraient une moins grande capacité à performer dans des tâches posant un défi que le groupe inondé et le groupe contrôle. L'ignorance des besoins émotionnels des employés et l'absence d'évaluation ou de soutien à la suite d'un désastre comportent un coût difficile à évaluer pour l'entreprise. Cependant, la consultation des dossiers personnels des employés, des réclamations pour maladies, des congés pour maladie, etc. dans les quelques mois à la suite d'un désastre peut s'avérer fort révélatrice (Peuler, 1988).

Les activités quotidiennes dans leur ensemble comportent aussi un important potentiel de socialisation. Lifton et Olson (1976) ont mentionné que chez les victimes de Buffalo Creek, la socialisation des individus avait été affectée sur une période s'étalant au moins jusqu'à quatorze mois après le désastre, 11% des sujets ayant affirmé ne pas être encore adaptés socialement à la suite de l'inondation. Après celle de Rapid City, Trainer et Bolin (1976) ont constaté une diminution de la fréquence des visites aux voisins et à la parenté chez les familles étudiées, dans des proportions respectives de 41% et 9%. Les familles

ont aussi mentionné être affectées par l'augmentation des distances et des difficultés liées à la dispersion provoquée par la relocalisation. Chez ce même groupe, on a aussi constaté une diminution du temps pouvant être accordé aux loisirs en raison des efforts [189] consentis à la restauration du domicile et ce, deux ans après le désastre. La satisfaction face à la vie était également altérée ; un an après le désastre, 22% de l'échantillon ont estimé une dégradation de leur satisfaction face à la vie, comparativement à la période pré-désastre, et une proportion de 17% rapportaient toujours une diminution de leur standard de vie deux ans après l'événement. Selon les répondants, les pertes occasionnées par l'inondation et l'augmentation du coût de la vie étaient les principaux facteurs ayant contribué à cette situation.

En relation avec les activités scolaires, la tendance qui se dégage de la littérature est que celles-ci sont affectées négativement par les désastres. En effet, peu d'études semblent révéler des changements positifs sous cet aspect. Seul Wilson (1975) a noté, chez des étudiants victimes d'un tremblement de terre, une hausse de l'équilibre chez ces derniers, notamment à cause d'une meilleure utilisation du temps de déplacement occasionné par le désastre. En effet, le trajet prolongé en autobus permettait aux étudiants de réviser leurs travaux et de s'entraîner. L'auteur a cependant fait mention d'une constatation d'augmentation significative de l'absentéisme et de suspensions chez d'autres étudiants, et d'une diminution du rendement scolaire des enfants. Lindstrom *et al.* (1986) n'ont pu conclure à des résultats de dégradation du rendement scolaire liée au désastre à la suite de leur étude portant sur plus de 300 enfants, dont 81 avaient été victimes d'une tornade. Boatright (1985) a quant à elle remarqué que les enfants victimes d'une tornade s'absentaient significativement ($p < .01$) moins de l'école lors d'une première évaluation, un mois et demi après le désastre, comparativement à un groupe contrôle. Cette tendance s'inversait toutefois lors des évaluations subséquentes (huit mois et quatorze mois après l'événement) ($p < .05$). Ce sont davantage les enfants plus jeunes qui s'absentaient à la première évaluation (ceux qui commençaient leur deuxième année d'école ou qui arrivaient de la maternelle). Lors de la seconde étude, le plus haut degré d'absentéisme [190] se remarquait chez des élèves de cinquième année du primaire, alors qu'à la troisième évaluation, ce sont les enfants de première et deuxième année qui s'absentaient le plus, comparativement au groupe contrôle.

Azarian et Skriptchenko-Gregorian (1997) ont aussi relaté dans leur étude auprès de jeunes victimes du tremblement de terre d'Arménie que 26,5% d'entre elles ne se présentaient pas en classe.

D'autres auteurs ont cependant noté une dégradation du rendement scolaire, tels Newman (1976), dans une étude auprès des jeunes victimes de l'inondation de Buffalo Creek, et plus récemment, Shannon et *al.* (1994) chez un groupe important d'enfants et d'adolescents (5687) victimes d'un ouragan. Cette dernière a mentionné que près de 30% des sujets avaient estimé une diminution de leur performance scolaire.

Selon Hall et Landreth (1975), l'absentéisme scolaire était significativement plus élevé après le désastre, d'après des comparaisons de données pré-inondation et post-inondation. Même si le rendement ou la performance scolaires n'ont pas été spécifiquement investigués par tous les chercheurs ayant effectué des recherches auprès d'enfants, il demeure que le haut degré de perturbation constaté au plan psychologique laisse supposer la présence d'effets négatifs. L'étude de Shaw *et al.* (1995) démontrait, par exemple, chez des enfants d'âge scolaire (de 6 à 11 ans) fortement exposés à un sinistre des proportions d'état de stress post-traumatiques très élevées : 85% lors de l'évaluation réalisée huit semaines après l'ouragan Andrew, alors que celle effectuée après 32 semaines révélait qu'une proportion de 89% étaient atteints à des degrés modéré, grave et très grave.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

- * La famille représente généralement la plus importante source de soutien pour les victimes de désastres. Elle joue également [191] un rôle primordial dans le rétablissement d'une communauté.
- * Les familles sont confrontées à trois principaux types de contraintes lors d'un désastre : les contraintes matérielles, temporelles et celles de réappropriation de l'équilibre familial.
- * L'unité familiale ou conjugale risque de subir des préjudices lors d'un désastre ou d'une relocalisation.

- * La présence de jeunes enfants semble accentuer le degré de perturbation de la famille après un sinistre et cette situation peut être accentuée par la monoparentalité.
 - * Le rôle d'épouse ou de mère a un effet modérateur de la détresse vécue par le couple ou les membres de la famille, mais il peut constituer une source de stress additionnel pour les femmes.
 - * Les familles, selon leurs structures et leurs ressources, réagissent et s'adaptent différemment aux désastres.
 - * Les modifications aux activités quotidiennes et sociales constituent une importante source de stress pour les sinistrés et peuvent affecter la santé psychologique.
 - * Le travail est une des activités étant généralement fortement perturbées lors d'un sinistre ; ainsi, nombre d'individus peuvent subir :
 - la perte définitive ou temporaire de leur emploi ;
 - des difficultés pouvant conduire à la perte d'emploi ;
 - une surcharge de travail ;
 - l'obligation d'occuper un emploi additionnel ;
 - des modifications ou des bouleversements importants au plan du fonctionnement ou des relations au travail ;
- [192]
- une diminution du salaire ;
 - une baisse de la motivation ou une hausse de l'insatisfaction au travail.
- * La négligence de l'entreprise ou de l'employeur en regard de l'évaluation de besoins suscités par le désastre chez ses employés peut se solder en termes de pertes substantielles.
 - * Les activités sociales des victimes de désastres sont généralement modifiées négativement par :
 - des visites ou des fréquentations familiales et amicales moindres ;

- une plus forte dispersion là où la relocalisation permanente s'impose ;
 - la diminution du temps accordé aux loisirs en raison de la reconstruction ou des réparations au domicile, ou encore des responsabilités financières augmentées ;
 - la fatigue ou l'épuisement physique ou psychologique.
- * Les activités et le rendement scolaires sont habituellement perturbés chez les enfants victimes d'un sinistre.
- * Parmi les principales modifications négatives enregistrées au plan scolaire, les auteurs ont souligné :
- l'augmentation de l'absentéisme ;
 - la hausse des problèmes de comportement et des suspensions ;
 - la diminution de la performance.
- * Les symptômes et les difficultés psychologiques vécus par les élèves peuvent affecter la fréquentation et le rendement scolaire à la suite d'un sinistre.

[193]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 7

Les stratégies d'adaptation

[Retour à la table des matières](#)

Lazarus et Folkman (1984) mentionnent que la manière dont les gens s'adaptent aux situations stressantes est déterminée, en partie, par diverses ressources : la santé et l'énergie, leurs croyances existentielles ou leurs croyances générales sur le contrôle qu'ils peuvent exercer, leur engagement, leurs techniques de résolution de problèmes, leurs habiletés sociales, leur soutien social et leurs ressources matérielles.

Le concept d'adaptation

Le concept d'adaptation est difficile à définir et à opérationnaliser selon Compas et Epping (1993). Ces auteurs, en se référant à Lazarus et Folkman ⁶³, définissent l'adaptation comme :

⁶³ Lazarus, R.S. et S. Folkman (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.

des efforts cognitifs et comportementaux changeant sans cesse pour maîtriser des demandes internes ou externes qui sont évaluées comme éprouvantes ou qui dépassent les ressources normales d'un individu (Lazarus et Folkman : 141, notre traduction).

Selon ces auteurs, l'adaptation mettant l'accent sur la résolution du problème sous-entend une confrontation directe avec le problème et une tentative de changer l'élément stressant, tandis que celle basée sur les émotions vise à réguler les sentiments causés par le stresser sans toutefois le changer. Dans un même ordre d'idées, Lazarus (1980) différencie les mécanismes d'adaptation comme pouvant être internes ou externes, les premiers visant à produire un changement chez la personne elle-même, comme par exemple dans sa perception cognitive d'un événement [194] particulier, alors que les seconds constituent des tentatives de l'individu de changer les conditions ou les facteurs situationnels de l'événement stressant.

Les différentes stratégies d'adaptation

[Retour à la table des matières](#)

Alors que, pour certains, l'expérience d'un désastre peut être vue comme une crise de la vie dans son ensemble et ne pas être liée directement à une incapacité fonctionnelle (Penick *et al.*, 1976), d'autres intégreront plus difficilement l'expérience du désastre et adopteront diverses stratégies d'adaptation. Certaines personnes essaieront, par exemple, de s'adapter en niant leur bouleversement (North *et al.*, 1989) ou les symptômes ressentis (Glenn, 1979 ; Lima *et al.*, 1989 ; Myers, 1999 ; Titchener et Kapp, 1976). Webster *et al.* (1995) ont trouvé, autant chez les immigrants que chez le groupe contrôle, que les stratégies d'évitement étaient significativement ($p < .001$) liées à davantage de morbidité psychologique, celle-ci étant mesurée au General Health Questionnaire (GHQ) et à l'Impact of Event Scale (IES). Ces aspects entraînent toutefois moins en ligne de compte dans la détresse ressentie que le degré d'exposition et les stratégies d'évitement.

Rhode *et al.* (1990) font également mention de divers construits ou concepts qui se substituent à la notion d'adaptation. Certains auteurs ou chercheurs évoquent alors les notions de compétence, d'habileté dans la résolution de problèmes, de résistance, les comportements anti-dépressifs et l'ingéniosité apprise. En plus des modes d'adaptation orientés vers la résolution et les émotions, la perspective d'adaptation basée sur l'évitement intègre diverses dimensions à considérer. Citant Billings et Moos ⁶⁴, les auteurs précisent que ceux-ci ont différencié les modes d'adaptation selon l'évaluation, la résolution et les émotions. Ils mentionnent également que Parker et Brown ⁶⁵ ont spécifié six facteurs d'adaptation : l'insouciance, la socialisation, la distraction, la résolution de problèmes, la passivité et [195] l'autoconsolation. Selon les résultats obtenus par Rhode *et al.* (1990), l'évasion inefficace, une dimension comprenant dix-sept items ou stratégies, était associée à la dépression actuelle et avait un effet interactif sur la dépression future en augmentant le stress plutôt qu'en le modérant. Les sujets ayant mentionné passer du temps avec les autres et s'engager dans des activités agréables avaient moins de probabilités d'afficher un diagnostic de dépression ultérieure en dépit de la présence d'événements stressants dans leur vie. Considérant l'autosuffisance individuelle pour gérer la détresse suscitée par un tremblement de terre, Murphy (1988b) a relaté que cette stratégie était plus fortement utilisée que le recours à du soutien social par les victimes. Il n'en demeure pas moins que l'autosuffisance entraine en considération pour approximativement 20% de la variance de la détresse psychologique générale et de la dépression, un an et trois ans après le désastre, et pour 10% de la variance de la somatisation chez les individus ayant maintenu un stress constant trois ans après le désastre.

Selon Charlton et Thompson (1996), les stratégies évasives et celles d'évitement sont associées à une plus forte détresse. Les auteurs distinguent deux catégories de stratégies ou de comportements, soit ceux qui mettent spécifiquement l'accent sur le problème et ceux qui visent davantage l'aspect émotionnel. Ces derniers peuvent se présen-

⁶⁴ Billings, A.G. et R.H. Moos (1982), Psychosocial Theory and Research on Depression : an Integrative Framework and Review, *Clinical Psychology Review*, 2 : 213-237.

⁶⁵ Parker, G.B. et L.B. Brown (1982), Coping Behaviors that Mediate between Life Events and Depression, *Archives of General Psychiatry*, 39 : 1386-1391.

ter sous forme de pensée magique (ou désireuse), de suppression ou d'évitement des sentiments difficiles. Le rôle des facteurs de personnalité dans le processus d'adaptation est aussi souligné par les auteurs. Mais si ces facteurs influencent la manière de s'adapter, le traumatisme peut aussi avoir un effet sur les facteurs personnels : le traumatisme peut en effet modifier la perception de l'individu face à lui-même, au monde en général ou à sa conception de la vie et, subséquemment, les stratégies et réactions individuelles s'en verront modifiées. Edwards (1988) avait préalablement opté pour cette ligne de pensée en énonçant que, pour mieux comprendre [196] l'impact d'un événement sur la santé des individus, encore faut-il tenir compte de l'évaluation que font les individus de cet événement. Spurrell et McFarlane (1993) ont aussi réalisé une étude auprès de victimes d'un incendie de brousse. Selon les résultats obtenus, il existe une association entre les comportements d'adaptation et les problèmes psychiatriques. Les auteurs ont noté que les individus démontrant un état de stress post-traumatique aigu adoptaient des stratégies mettant l'accent sur le problème, la recherche de soutien, le positif et le blâme personnel. Ceux chez qui un état de stress post-traumatique chronique était décelé s'ajustaient selon les stratégies d'adaptation suivantes : le détachement, la réduction de tension, la perception de ses désirs pour de la réalité (pensée magique) et la non-expression des idées et des émotions. L'utilisation ou non de stratégies d'adaptation, selon les auteurs, pourrait être attribuable à une dysfonction du processus d'évaluation lors de conditions extrêmes, à des déterminants psychologiques et neurobiologiques ou des seuils individuels différents.

Les auteurs énoncent également que lorsqu'un individu ne réussit pas à donner un sens à l'événement, le processus d'évaluation est constamment répété. Pour sa part, Simard (2000), dans une étude sur les relations entre les stratégies d'adaptation et la santé psychologique des sinistrés des inondations de juillet 1996 au Saguenay-Lac-Saint-Jean, rapporte que les hommes et les femmes sinistrés ont utilisé dans des proportions similaires les trois stratégies d'adaptation étudiées, soit celle de la distanciation /évitement, celle de la recherche de soutien social et celle de la réévaluation positive. Les données de cette enquête font également ressortir que plus les femmes et les hommes sinistrés utilisent la stratégie de distanciation/d'évitement, plus ils présentent des niveaux de dépression et de manifestations d'état de stress

post-traumatique élevés. En outre, plus les sinistrés ont privilégié la recherche de soutien social comme stratégie d'adaptation, plus ils obtiennent des scores élevés sur l'échelle [197] ayant servi à détecter la présence de manifestations de l'état de stress post-traumatique.

Ayant réalisé une étude auprès de 108 sujets, Charlton et Thompson (1996) ont noté que les stratégies les plus utilisées par ceux-ci afin de s'adapter à diverses situations traumatisantes étaient les comportements d'évitement, la suppression émotionnelle et la pensée magique. Toutefois, près de 80% des sujets ont mentionné utiliser l'échange avec les autres au sujet de leurs sentiments et l'ouverture à la sympathie et à l'écoute des autres. Contrairement à la tendance généralement observée, soit que les femmes mettent davantage l'accent sur les stratégies qui concernent les émotions et que les hommes optent surtout pour celles qui abordent directement le problème, les auteurs n'ont pas noté de différences entre les sexes. Les individus qui démontraient plus de contrôle interpersonnel dans les situations sociales étaient aussi moins enclins à mentionner la recherche de soutien informationnel et émotionnel. La recherche de soutien social prédisait également une plus importante détresse psychologique chez les survivants, tandis que l'utilisation plus fréquente de la distanciation et de la réévaluation positive correspondait à une détresse psychologique moindre. Le recours à la spiritualité ou à la religion est également une stratégie utilisée afin de modérer l'anxiété ou le stress vécu lors d'un désastre (Ollendick et Hoffman, 1982). Il semble toutefois que l'efficacité de celle-ci n'ait pas été démontrée scientifiquement (Gibbs, 1989).

Dans leur revue des écrits, Ptacek et al. (1994) font également ressortir qu'au-delà des différences environnementales, cognitives et psychologiques, le type d'événements auxquels sont exposés les hommes et les femmes oriente davantage leurs modes d'évaluation et d'adaptation à ces derniers que ne le font les différences a priori sexuelles. Leur étude a par ailleurs démontré que la masculinité et la féminité n'agissaient pas sur la relation entre le sexe et l'adaptation, et ils concluent que les [198] différences d'adaptation observées entre les sexes relèveraient davantage de la socialisation qui influence les comportements individuels face au stress. En se référant à plusieurs auteurs, Ptacek et al. (1994) évoquent qu'un modèle d'adaptation au stress, selon le sexe, a aussi émergé des travaux réalisés. Ainsi, les femmes tendraient à adopter des stratégies orientées vers les émotions

en les exprimant, en devenant plus dépressives et en évitant la situation causant le stress. Les hommes adoptent également des stratégies basées sur les émotions, mais qui se concrétisent surtout par l'utilisation accrue ou plus fréquente d'alcool et de drogues. Les femmes tendraient également à rechercher plus de soutien social ou émotionnel et disposeraient d'un plus important bassin de ressources.

L'importance des stratégies d'adaptation en regard de leurs effets sur la santé a aussi été évaluée par plusieurs auteurs. Ainsi, selon Stewart (1986), à la suite d'une tornade, les femmes qui utilisaient des stratégies d'adaptation orientées vers la résolution de problèmes utilisaient moins les services médicaux durant les trois premiers mois après l'événement, en comparaison avec celles dont les stratégies d'adaptation abordaient peu la résolution de problèmes. Il fut aussi noté que les victimes utilisant la stratégie d'évitement démontraient une plus forte probabilité de subir des effets ou de la morbidité psychologique après un désastre (Carr et al., 1995 ; Ticehurst et al., 1996). Ben-Zur et Zeidner (1996) ont quant à eux noté davantage de stratégies mettant directement l'accent sur le problème chez les femmes, comparativement aux hommes, à la suite d'une situation de crise collective nationale. Les hommes ont également utilisé davantage de moyens d'adaptation basés sur les émotions. Lors de la reprise des activités quotidiennes habituelles, un renversement de tendance était cependant perceptible. Ces auteurs ont aussi fait mention d'un éventail plus important de stratégies d'adaptation chez les femmes.

D'autres chercheurs se sont intéressés aux moyens d'adaptation [199] utilisés par des victimes de désastre. Freedy et al. (1992) ont proposé un modèle d'adaptation normative s'étendant sur trois mois ; ce modèle suggère une diminution du comportement de solution de problèmes chez les individus et une augmentation du comportement de désengagement. Une adaptation plus longue évoquant une certaine sagesse contribuerait à provoquer la détresse psychologique, tandis qu'une réaction émotionnelle accrue et un comportement de désengagement seraient associés à un meilleur contrôle et moins de détresse psychologique.

La capacité à s'adapter efficacement joue un rôle dans l'expérimentation de la détresse vécue à la suite d'un désastre. Si l'impact psychologique constaté diffère d'un individu à l'autre (Dunal et al., 1985 ; Thompson et al., 1993) et que les victimes réagissent différemment

aux désastres selon leurs dispositions constitutionnelles (Edwards, 1976), on peut supposer que cela tient en partie aux capacités individuelles de chacun d'affronter ou de s'adapter au stress vécu.

Cette conception des choses est aussi partagée par Glenn (1979) qui a énoncé que les effets des désastres sont influencés par la personnalité pré-désastre. Il a mis l'accent sur les réactions individuelles afin de déterminer quelles sont les caractéristiques de la personnalité qui différencient les victimes qui ont une réaction de grande intensité de celles qui semblent réagir de manière plutôt mature et rationnelle à la suite d'un désastre. Citant, entre autres, les travaux de Modlin (1967), l'auteur a mentionné que ce sont les personnes « dans la moyenne », sans histoire ou problèmes psychologiques antérieurs, soit « la personne simplement organisée, manquant gravement de capacité à avoir des pensées réfléchies, d'imagination et même de fantaisie » qui réagissaient le plus intensément lors de désastres. Les problèmes d'ajustement au stress peuvent aussi être liés à l'incapacité individuelle d'utiliser les mécanismes de défenses de l'ego tels la répression ou la conversion. Benight et Harper [200] (1997) ont par ailleurs proposé, par les résultats d'une étude, que plus l'auto-efficacité d'adaptation est faible, plus forte sera la détresse rapportée.

Collins *et al.* (1983) ont porté attention à des victimes de Three Mile Island (70) jusqu'à deux ans après l'événement afin de déterminer l'efficacité de leurs modes d'adaptation à l'incident et aux risques subséquents encourus. Considérant la stratégie du déni, les auteurs mentionnent que celle-ci semble influencée par la durée du stress. Si le stress disparaît rapidement, le déni peut être efficace en aidant l'individu à traverser un épisode difficile sans qu'il éprouve trop de détresse. Par contre, si la période de stress à laquelle la personne est exposée se prolonge, il apparaît difficile pour celui-ci de maintenir cette stratégie. La réévaluation peut, par contre, être plus efficace en période de stress prolongé puisque l'individu peut se repositionner de façon évolutive face au stress. Collins *et al.* (1983) ont noté qu'à la sous-échelle du déni était corrélée l'orientation vers le problème et que la réévaluation était liée à l'approche émotionnelle. Les résultats de l'étude ont aussi conclu à une plus importante efficacité des stratégies émotives pour s'adapter au stress chronique vécu par les sujets, comparativement aux stratégies orientées vers le problème. Les résidents qui ont géré leur stress émotionnellement et selon la stratégie de ré-

évaluation ont démontré moins de stress que ceux qui ont adopté des modes d'adaptation basés sur l'orientation vers le problème ou qui ont utilisé le déni.

Inversement, Morgan *et al.* (1995) ont noté qu'à la suite des inondations de Perth en Écosse, survenues en 1993, les victimes (44) qui adoptaient des stratégies émotionnelles (se blâmer soi-même, par exemple) démontraient une symptomatologie plus importante et que ce sont davantage les personnes possédant une personnalité névrotique (neurotic individuals) qui optaient pour ce type de stratégie. La suppression des pensées apparaissait [201] également comme prédisposant les individus à une gravité accrue des symptômes. Blanchard-Fields *et al.* (1991) ont aussi remarqué chez des adolescents et des adultes que les stratégies d'adaptation mettant l'accent sur les émotions sont moins prisées avec l'âge croissant et que ces stratégies sont davantage adoptées par les adolescents jusqu'à l'âge du milieu de la vie adulte, stratégies qui démontrent la caractéristique de la féminité⁶⁶ plus fortement. Chez les individus plus âgés, les stratégies émotionnelles sont davantage liées à une féminité moins marquée.

Selon Smith (1996a), l'adaptation active (correspondant aux stratégies de résolution de problèmes, à l'opposé de l'évitement basé sur les émotions⁶⁷) semble associée à moins de détresse psychologique, à plus d'affects négatifs, alors que les stratégies d'évitement amènent plus de détresse psychologique et d'affects négatifs. Les moyens d'adaptation jouent un rôle prédominant sur l'exposition en lien avec les effets constatés à la suite du désastre, selon l'auteur. Ce dernier a également noté davantage de symptômes physiques associés à une adaptation active lors de la deuxième évaluation des victimes. Similairement, Harvey *et al.* (1995) ont aussi conclu à des résultats positifs de stratégies actives telles la réflexion personnelle et le fait de se confier aux autres, chez des victimes d'inondations majeures. Selon Tobin et Ollenburger (1996), la propension à interpréter négativement

⁶⁶ Les caractéristiques de masculinité et de féminité furent évaluées selon le Bern Sex Role Inventory (BSRI) (Bem, S.L. [1974], *The Measurement of Psychological Androgyny*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 : 155-162).

⁶⁷ Voir à cet effet Moos, R.H. (1992), *Coping Responses Inventory : Adult Form Manual*, Palo Alto, CA, Center for Health Care Evaluation, Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Centers.

l'événement influence l'apparition de l'état de stress post-traumatique, alors que l'habileté à identifier des aspects positifs au désastre (création de nouvelles amitiés, renforcement des liens familiaux, engagement accru au sein de la communauté, renforcement de la coopération et de l'entraide entre les voisins) semblait atténuer cet état. L'intégration psychologique d'un désastre comme lorsqu'elle devient un événement important de la vie des victimes peut aussi constituer un aspect adaptatif du traumatisme (Hagstrom, 1995). Mentionnons également que selon l'étude de Gleser *et al.* (1981) auprès des résidents de Buffalo [202] Creek, leur capacité à s'adapter activement ou non (en réparant leur maison ou en aidant les autres) était une variable pouvant intervenir dans la psychopathologie pouvant se manifester à long terme. Ces aspects n'entraient cependant pas en considération pour les femmes ayant moins la possibilité de s'engager dans l'exécution de travaux lourds ainsi que chez les hommes blessés physiquement ou ayant enregistré de très importants dommages à leur domicile. En regard des modes d'adaptation en fonction du sexe, Stewart (1986) a décelé que les stratégies de résolution de problèmes étaient associées à moins d'anxiété chez les hommes et que plus d'anxiété correspondait davantage aux stratégies basées sur les émotions.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

- * Plusieurs variables ou facteurs agissent sur l'adaptation des individus aux désastres et à leurs suites ; nous notons surtout :
 - les caractéristiques ou les traits de personnalité ;
 - l'évaluation de l'événement par les victimes ;
 - les déterminants psychologiques et neurobiologiques ;
 - les variables sociodémographiques ;
 - les facteurs environnementaux et cognitifs ;
 - les dispositions constitutionnelles et les capacités individuelles ;
 - la personnalité pré-désastre ;

- la nature et la durée du stresser ;

- * Les stratégies d'adaptation varient fortement chez les sujets évalués et peuvent affecter la santé physique et psychologique.

- * Parmi les principales stratégies adoptées par les individus, les chercheurs ont noté :

- le déni ou l'ignorance des symptômes ou de la détresse ;

- l'évitement ;

[203]

- l'évasion inefficace ;

- l'autocontrôle cognitif ;

- l'autosuffisance individuelle ;

- la recherche et l'utilisation de soutien social ;

- la somatisation et la dépression ;

- la recherche d'aspects positifs au désastre ou la réévaluation positive ;

- le blâme ;

- le détachement et la distanciation ;

- la répression et la conversion ;

- la réduction des tensions ;

- la pensée magique ;

- la suppression émotionnelle ;

- le repli sur soi ou l'ouverture aux autres ;

- la religion ou la spiritualité.

- * Les hommes semblent habituellement adopter des stratégies basées sur la résolution de problèmes, tandis que les femmes ont tendance à opter pour celles où les émotions sont plus fortement sollicitées. Ces dernières semblent aussi disposer d'un plus large

éventail de stratégies pouvant être mises à profit dans l'adaptation post-désastre.

- * Le degré d'efficacité des stratégies d'adaptation pour contrer la symptomatologie post-désastre s'avère très variable.

[205]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 8

L'impact d'un désastre sur la conception du chez-soi

[Retour à la table des matières](#)

Les victimes des désastres peuvent être confrontées à une relocalisation involontaire ou à des altérations et à des modifications substantielles de leur domicile, de leur quartier ou de leur communauté. Afin de mieux saisir les conséquences de ces événements sur la santé physique, psychologique ou sociale des individus et sur la conception du chez-soi, il est essentiel de comprendre ce que représente l'habitation pour les individus et d'analyser, à partir des écrits scientifiques, les itinéraires résidentiels des individus selon les difficultés qu'ils rencontrent lors des grandes étapes de leur relocalisation.

Les fonctions de l'habitat

Les fonctions de l'habitat sont multiples et peuvent être regroupées selon les besoins des individus. Ces besoins sont de nature physiologique, psychologique, culturelle, sociale et ont, s'ils sont négligés ou non comblés, un impact négatif sur la santé physique ou mentale des

individus ainsi que sur leur qualité de vie réelle ou désirée (Chombart de Lowe, 1965 ; Gollant, 1984).

Cinq fonctions particulières de l'habitation semblent se dégager : la protection individuelle, l'identification personnelle, la socialisation et l'intégration sociale, l'orientation des comportements et l'éducation, et, enfin, l'extension ou le prolongement de l'individu.

La protection d'un individu ou d'un groupe de personnes semble constituer la première fonction à laquelle doit répondre une habitation. Selon Grunfeld (1970) et Chombart de Lowe (1965), l'habitation doit constituer un refuge contre les contraintes [206] climatiques et les éléments desquels on souhaite se soustraire, comme par exemple le bruit, les odeurs, voire des personnes indésirables.

Une définition plus complexe et profonde est cependant suggérée par le concept d'habitation. En plus du rôle « d'abri » qu'elle joue, certains chercheurs la perçoivent comme un élément forgeant l'identité même de ses habitants (Chombart de Lowe, 1965 ; Lawrence, 1987 ; Rowles, 1983 ; Caouette, 1995 ; Becker, 1977 ; Ursano, 1994).

Morin, Dansereau et Nadeau (1990), dans leur recension des écrits sur le logement social, définissent dans ces termes les fonctions essentielles du logement :

« Le logement est non seulement un abri qui protège contre les éléments naturels et dans lequel il est possible de se nourrir, de se reposer et de dormir, mais également un lieu de personnalisation et de socialisation où l'individu marque symboliquement sa présence dans la société tout en s'intégrant à celle-ci, ce qui renvoie aux questions d'appropriation de l'espace habité, de consommation domestique socialisée, de relations de voisinage et de vie de quartier. Le logement concerne donc la santé physique tout autant que la santé mentale des personnes » (p. 1).

Steinfeld (1982) évoque une relation réciproque entre l'individu et son habitation ; l'identité suscitée par le lieu de résidence provient de la signification que les habitants des lieux veulent bien lui donner. Il existe, selon l'auteur, un « mécanisme formateur d'identité » associé à certaines observations : une signification qui varie d'un groupe à un autre, l'influence de l'habitation sur l'élargissement du monde social et

de la sous-culture existante, l'utilisation de la résidence comme symbole de soi, les changements de statuts liés aux changements d'habitation qui influent [207] sur l'identité et l'aspect conformité/identité que peut renfermer une habitation spécifique.

Rapoport (1982) propose que la signification du lieu de résidence est établie sur une communication non verbale. En fait, un lieu ou un milieu de résidence est constitué d'indices à partir desquels se révèle l'identité de ceux qui l'habitent. Ces indices sont liés aux trois constituantes d'une demeure : les éléments fixes, qui réfèrent au cadre architectural, les éléments semi-fixes que constituent l'ameublement, les éléments décoratifs, etc. et les éléments informels non fixes, qui émergent d'une part de l'individu lui-même, soit ses comportements non verbaux, ses attitudes gestuelles, etc. et, d'autre part, les éléments positifs ou négatifs liés à l'entretien des lieux, à l'aménagement du terrain, etc.

L'habitation possède également une fonction liée à la socialisation des individus. Pour certains, l'information la plus perceptible provenant du lieu de résidence est la classe sociale à laquelle appartiennent les résidents de même que leur mode de vie qu'elle sous-tend (Grinfeld, 1970). Becker (1977) adopte la même ligne de pensée et soutient que le lieu de résidence communique des informations à des individus et sert de référence en ce qui a trait à la personnalité. Cette fonction « d'outil social » que devient la résidence peut devenir si importante, par l'information qu'elle transmet à l'entourage, qu'elle occasionne bien souvent un sacrifice de l'efficacité de la résidence au profit de l'image rattachée au prestige social. En effet, des individus ou des groupes d'individus, afin de supporter ou d'affirmer leur identité, attacheront une signification à des matériaux, objets et arrangements des lieux pour être associés ou intégrés à une classe sociale quelconque. Les normes établies au plan de l'habitation peuvent également créer ou stimuler l'interaction sociale entre les membres d'une classe ainsi formée.

[208]

L'orientation des comportements individuels et sociaux est également une autre fonction que l'on peut attribuer à l'habitation. L'environnement bâti, étant pour la personne un des meilleurs canaux de communication, Rapoport (1982) suggère que les indices contenus

à l'intérieur de la demeure, dévoilés à ceux qui en franchissent l'entrée, orientent les comportements à adopter dans un tel lieu. Pour Gollant (1984), cette influence de la demeure sur les comportements se traduit par la formation ou encore par le renforcement d'attitudes ou de sentiments que l'on éprouve face à soi-même. Ces attitudes sont généralement liées, entre autres, à l'image de soi, à la continuité et à la condition de l'individu, et à la satisfaction éprouvée face à la vie. Dans le même ordre d'idées, Chombart de Lowe (1965) évoque la fonction éducative de l'habitation en proposant que celle-ci pousse les individus à en tirer profit d'une certaine façon en l'utilisant, par exemple, selon son aménagement. Se rapprochant de cette perspective, Rapport (1982) propose la fonction « d'enculturation », laquelle associe le lieu de résidence à un médium d'apprentissage comportant plusieurs propriétés. Le lieu, lorsqu'il est compris ou appris, s'intègre à un mécanisme de mémorisation relatif à la manière d'agir dans ledit lieu. Cette « enculturation » peut se produire à tout âge de la vie et s'inscrire dans un continuum tout au long de la vie de l'individu.

Finalement, l'habitation peut également posséder une fonction d'extension ou de prolongement de l'individu (Rubinstein, 1989). Celle-ci se manifeste lorsque des éléments du lieu de résidence sont sélectionnés, puis amplifiés, pour finalement se voir accorder la primauté sur les autres éléments. Ils reflètent par ailleurs une représentation directe et consciente de certains aspects centraux de la personnalité des habitants des lieux. Rowles (1983) aborde également cette fonction sous une autre dimension et spécifie l'aspect temporel qui s'en dégage. L'auteur propose qu'en fréquentant les mêmes lieux, au fil des années, les individus en viennent à se sentir partie intégrante de ceux-ci [209] et peuvent même aller jusqu'à les considérer comme un élément de leur personne. Fried (1963) perçoit la fonction d'extension ou de prolongement de l'habitation d'une manière différente. Il propose que cette fonction s'applique davantage au plan territorial ou à la zone d'habitation. Ainsi, le quartier, par exemple, pourra être perçu comme un prolongement de la maison et, subséquentement, contribuer à développer un sentiment d'appartenance.

Les éléments d'attachement à une demeure

[Retour à la table des matières](#)

Il existe un lien manifeste entre les fonctions de l'habitation et les éléments qui suscitent l'attachement au chez-soi, la demeure constituant le reflet de l'individu et contribuant à l'estime de soi (Becker, 1977). L'attachement à une habitation, à son chez-soi se concrétise dans la façon dont la résidence répondra aux besoins de l'individu ou de la famille. Au-delà de l'utilisation qu'on peut en faire, elle permet à l'individu de se réaliser, de s'intégrer ou de s'émanciper. Elle comporte, de plus, une dimension émotionnelle lui donnant une valeur très importante aux yeux de ses occupants (Becker, 1977). Pour Caouette (1995), l'attachement à sa demeure se manifeste sous forme de transactions entre une personne et sa demeure. Cet échange prend son sens, qu'on peut qualifier d'affectif, dans les phases ou tranches de vie significatives qu'on lui associe. Ces étapes de vie, ainsi que l'établissement ou le renforcement de liens profonds entre ses habitants ou le voisinage qui en découlent, contribuent au développement du sentiment d'appartenance à une communauté.

Cet élément affectif que constitue l'attachement au chez-soi peut aussi relever de l'état de ce dernier en regard de la capacité du résident d'en assumer les frais inhérents à son occupation. Un citoyen, résidant par exemple dans un quartier âgé où les logements sont moins récents ou luxueux, ou encore de qualité inférieure, éprouvera davantage de satisfaction face à un domicile qui répond à sa situation ou à sa capacité financière, plutôt [210] que d'opter pour un logement dans un quartier plus récent où un coût trop élevé créera une contrainte à l'attachement (Grundfeld, 1970).

Certains auteurs proposent que l'attachement est également lié aux possibilités de l'habitation de contribuer à la dimension personnelle et identitaire (Rowles, 1983 ; Howell, 1985). L'attachement à un lieu n'est pas nécessairement constant dans le temps et son intensité peut varier d'un individu à un autre. Il peut, de même, être sacrifié au profit d'un plus grand confort physique ou psychologique, selon Howell (1985).

Les difficultés inhérentes à la relocalisation involontaire

[Retour à la table des matières](#)

Certains auteurs (Haas et al., 1977 ; Fried, 1963) suggèrent que l'attachement au domicile peut favoriser ou, inversement, constituer un obstacle au processus de relocalisation. Ainsi, moins de difficultés pourront être rencontrées par les sinistrés qui abandonnent un habitat pour lequel ils avaient peu d'attachement, alors que les individus ayant un fort sentiment d'appartenance envers leur ancienne demeure et leur environnement ressentiront plus fortement les effets négatifs se manifestant sous forme de symptômes dépressifs ou de tristesse intense.

D'autres éléments ou facteurs semblent également intervenir dans les difficultés vécues lors d'une relocalisation. Fried (1963) suggère que la classe sociale à laquelle appartiennent les sinistrés influe sur les difficultés rencontrées lors de la relocalisation. Selon l'auteur, un statut social élevé correspond à une plus faible probabilité d'être confronté à des crises importantes.

Dans une recherche visant à connaître les itinéraires résidentiels des sinistrés des inondations de juillet 1996 et à identifier les changements de la conception du chez-soi à la suite de la perte de leur demeure, Maltais, Robichaud et Simard (1999, [211] 2000) rapportent, quant à elles, que les sinistrés ont dû, en moyenne, effectuer trois changements de milieux de vie en l'espace de deux ans. De plus, ces chercheurs ont pu mettre en lumière l'ensemble des difficultés rencontrées par les sinistrés pour chaque endroit où ils ont été hébergés. Les premières difficultés rencontrées sont d'ordre personnel et proviennent des différents chocs provoqués par le désastre et ses effets immédiats ou retardés. Les complications qu'affrontent les sinistrés dans le processus de relocalisation font aussi référence au paradoxe de devoir aller de l'avant malgré les incertitudes et les obligations d'assumer le quotidien dans un contexte où toutes les bases servant à assurer l'équilibre sont anéanties ou profondément bouleversés (environnement physique, social, familial culturel et économique).

La seconde catégorie d'inconvénients provient des attitudes et des comportements des intervenants appelés à intervenir auprès des sinistrés ainsi que des réglementations et des procédures contraignantes des organismes et des institutions qui ont eu à gérer l'application des décrets gouvernementaux. Les difficultés rencontrées sont économiques, matérielles et juridiques. Les sinistrés soulignent, entre autres, que la sous-évaluation de leur propriété, l'endettement, la pénurie de logements décentes, la panoplie de démarches administratives à effectuer et les nombreux obstacles liés à la reconstruction de leur domicile ont nui à leur adaptation.

En ce qui concerne la conception du chez-soi, ces auteurs démontrent que la perte ou l'altération majeure du domicile provoque non seulement un état de désorganisation et de désorientation chez les sinistrés, mais correspond aussi pour plusieurs à l'anéantissement d'une partie de leur vie et au deuil qui s'ensuit. Se retrouver devant rien après des années d'efforts investis à l'édification du chez-soi, à une façon de vivre et la construction d'un univers social laisse un sentiment de vide [212] et de désarroi chez nombre d'individus. De plus, les sentiments qu'éprouvent les sinistrés face à leur nouvelle demeure sont empreints d'images plutôt négatives, tandis que la demeure détruite soulève habituellement des sentiments plus positifs comme l'attachement, la tranquillité, la sécurité, etc.

Si les premiers moments du désastre correspondent à un choc et sont vécus comme tel par les sinistrés, la relocalisation peut aussi être ressentie comme un prolongement de ce dernier. Les maints déplacements qui peuvent survenir lors de l'évacuation ainsi que les changements subséquents de domicile qui peuvent se produire constituent des étapes difficiles du processus de relocalisation (Gleser *et al.*, 1981). Trainer *et al.* (1977) mentionnent qu'à la suite d'une inondation, plus de la moitié des familles sinistrées de Rapid City (É.-U.) ont déménagé deux fois dans la première année suivant le désastre et que 32% d'entre elles l'avaient fait à trois reprises dans le même laps de temps. Selon Haas *et al.* (1977), qui ont également commenté cette catastrophe, les relocalisations temporaires représentent des contraintes au bien-être des victimes de désastre. Parmi les plus importantes, la surpopulation due au partage d'un même domicile avec d'autres occupants apportait le plus d'inconfort.

Une autre source d'insatisfaction immédiate, mais qui peut avoir des conséquences à long terme, s'avère la relocalisation dans un nouvel habitat plus dispendieux que l'ancien. Selon l'étude de Trainer *et al.* (1977), il arrive fréquemment que les familles relocalisées voient augmenter leur part du budget consacrée à l'hébergement, d'où la nécessité d'une seconde source de revenus. Steinglas et Gerrity (1990) ont par ailleurs spécifié que cet alourdissement financier contribue à augmenter le nombre et l'intensité des problèmes rencontrés dans le processus de relocalisation. Krug *et al.* (1998) ont également suggéré que l'augmentation des cas de suicide chez les inondés, comparative-ment aux taux observés chez des victimes d'autres [213] désastres, pouvait être causée par l'endettement relatif à la réinstallation.

Milnes (1977) a, quant à lui, étudié les résultats de l'itinéraire résidentiel auprès de trois catégories de victimes d'une même communauté touchée par un cyclone. Enquêtant auprès de personnes non évacuées, auprès de sujets évacués ayant réintégré la communauté et auprès de victimes évacuées sans retour à leur ancien domicile, il a mis en évidence que les sujets appartenant à la troisième catégorie étaient beaucoup plus atteints au plan de leur santé psychologique et physique, comparativement aux deux autres groupes à l'étude.

L'itinéraire résidentiel devient également une source de difficultés par son influence sur les activités économiques, sociales et familiales des sinistrés. Ainsi, Trainer et Bolin (1976) ont démontré que deux ans après une inondation, le manque de disponibilité des individus et les contraintes financières occasionnées par la relocalisation affectaient encore les individus et leurs familles. De plus, la satisfaction face à la vie et les standards de vie des sinistrés, subjectivement évalués par ceux-ci, enregistraient une diminution notable, passant de 22% à 17%.

Pour minimiser les effets négatifs de la relocalisation involontaire, certains principes ou conditions doivent être respectés, ceci afin d'assurer le sentiment de continuité dans la vie des sinistrés pendant et après la relocalisation. C'est ainsi que des actions et des politiques favorisant la réintégration de l'ancien quartier, la recherche d'un encadrement spatial similaire et la présence ou la disponibilité d'un support professionnel formé dans une optique de gestion des difficultés liées à la relocalisation (Fried, 1963) tendent à maximiser les probabilités de succès lors de cette étape cruciale. O'Malley (1978), se basant sur la

théorie de l'appartenance au milieu, a permis de dégager un nouveau modèle de réaction à un sinistre, celui de la résistance-conformisme. [214] Selon l'auteur, lorsque les valeurs et autres considérations des résidents n'entrent pas en ligne de compte dans les initiatives, les actions ou les politiques des autorités publiques, le travail de reconstruction est moins efficace. Inversement, les politiques de reconstruction ont une plus forte probabilité de produire des résultats fructueux lorsque les sinistrés jouent un rôle actif dans les opérations de redressement de la communauté.

Les gains et les pertes de la relocalisation

[Retour à la table des matières](#)

Lorsque l'on perd sa demeure à la suite d'un désastre, les pertes sont plus importantes que les gains enregistrés. Cependant, certains gains peuvent sembler perceptibles lors d'une situation aussi dramatique. Par ailleurs, ce que certains sinistrés perçoivent comme des pertes représenteront pour d'autres des gains. Dans cet ordre d'idées, certains chercheurs (Raphael, 1975 ; Fried, 1963) ont émis l'hypothèse que l'importance de la crise qui résulte de la perte du milieu de vie est relative au sens et à l'importance que l'on accordait à ce dernier. Ursano et al. (1994) abondent dans ce sens, proposant que le processus d'évaluation joue, dans cette optique, un rôle majeur. La perception de l'événement par rapport aux dommages enregistrés, à la menace ou au défi qu'il constituait, ou encore l'impact de l'événement sur l'avenir sont des considérations dont il faut tenir compte dans la façon d'évaluer les gains ou les pertes. Selon Haas et al. (1977), par exemple, un sentiment de sécurité accrue dans un nouveau domicile peut constituer un gain appréciable.

La dimension économique ou financière des pertes enregistrées lors de la destruction du chez-soi et de la relocalisation est évidente. Steinglass et Gerrity (1990) ont mentionné sous ce rapport que les personnes disposant de plus de ressources financières traversaient plus facilement l'épreuve de la perte du domicile et de la relocalisation. La perte du contenu du domicile, soit les effets personnels, les souvenirs, affecte également [215] grandement les sinistrés et rend plus difficile

la réappropriation du nouveau chez-soi. Ces objets étant signes de liens entre des personnes (les occupants ou des relations externes) et rappelant des moments importants du vécu individuel et familial, ils avaient permis la transformation d'une simple demeure en un chez-soi personnalisé. La conquête d'un nouveau chez-soi ne peut donc se soustraire à une réappropriation d'éléments clés que constituent les objets auxquels on accorde une signification personnelle. Les pertes se situent également dans un contexte qui déborde l'environnement immédiat des sinistrés. Fried (1963) évoque que la tristesse ressentie ne provient pas seulement de la perte de l'habitation, mais de tout l'entourage physique extérieur : du quartier, de la configuration des lieux et de la dynamique qui les habite.

Cette variable que constitue la perte de ressources lors d'un désastre, dont le domicile, influe également très fortement au plan du bien-être psychologique. Rossi et al. (1983) mentionnent que les victimes d'inondations accusent trois fois plus de pertes financières comparativement aux victimes d'ouragans ou de tremblements de terre. La recherche tend par ailleurs à démontrer que les pertes matérielles constituent un meilleur prédicteur de la détresse psychologique à long terme que l'intensité de l'exposition à l'événement (McFarlane et De Girolamo, 1996). Selon Pickens et al. (1995), la gravité des dommages à la propriété est liée à la sévérité des symptômes post-traumatiques. Dans une même perspective, l'investissement dans la propriété constitue une variable qui influence à la hausse le degré d'affectation psychologique dans les suites d'un désastre (Price, 1978). Les personnes qui sont plus exposées aux dommages subis au domicile et à l'environnement physique extérieur, en l'occurrence les femmes, représentent également un groupe à risque pour les problèmes psychologiques post-désastres (Logue et al. 1981).

[217]

Désastres et sinistrés. Essai.

Chapitre 9

Les répercussions d'un désastre sur la dynamique ou la santé de la communauté

[Retour à la table des matières](#)

Les divers aspects qui affectent les individus victimes de désastres sont en quelque sorte interreliés. Le potentiel traumatique et les pertes qui découlent de ces événements affectent les ressources sur lesquelles reposent la santé des individus. Afin d'illustrer l'interaction entre le social et le psychologique, Riad et Norris (1992) ont évalué les stressors environnementaux à la suite d'une relocalisation d'individus touchés par un ouragan ⁶⁸. Les auteurs ont évalué que chez les sujets relocalisés, on retrouvait une variance de 11% au plan de la souffrance psychologique, comparativement à 3% chez les sujets non relocalisés. En ce qui a trait à l'impact de la dimension sociale sur la santé physique, le même exercice peut s'appliquer selon une étude citée précédemment où l'on a suggéré que la hausse des facteurs de risque de maladies coronariennes pourrait être attribuable à la perturbation de l'environnement social des individus affectés par des désastres majeurs

⁶⁸ Cette étude fut réalisée à la suite de l'ouragan Andrew qui a frappé le sud de la Floride en 1992. Les sujets étaient 404 personnes relocalisées à la suite du désastre.

(Trevisan *et al.*, 1986). Relativement à l'aspect social de la santé, Drabek et Stephenson (1971) ont mentionné que les individus réagissent comme un groupe primaire et non comme des individus isolés. Plusieurs aspects environnementaux entrent aussi en ligne de compte dans le rétablissement des individus à la suite d'un désastre ; il y a, entre autres, la culture, la classe sociale, la manière individuelle de réagir à une situation potentiellement traumatisante et les liens sociaux qui ont un effet protecteur contre les impacts négatifs du désastre (Green *et al.*, 1985a).

Le principe de la continuité a également servi de postulat à la recherche sur la réaction des communautés aux désastres. Si [218] l'on peut supposer de prime abord que les désastres provoquent des changements majeurs dans les communautés qui les subissent, certains points de vue offrent une perspective différente. Les changements constatés dans les communautés affectées par les désastres, au plan organisationnel ou individuel, ne sont pas toujours entièrement dus à ceux-ci. Dans bien des cas, le processus menant à de tels changements était déjà présent avant que ne survienne l'événement. Les changements constatés correspondent ainsi à l'émergence ou au résultat de tendances qui étaient déjà perceptibles dans la période pré-désastre (Quarantelli et Dyne, 1977). Selon Valent (1984), pendant et immédiatement après le désastre, il se produit, au sein de la famille et de la communauté, une rupture dans les structures hiérarchiques habituelles de ces systèmes qui font place à de nouvelles formes de structures ; cependant, l'ordre anciennement établi a tendance à reprendre sa place dans les mois qui suivent. Omer et Alon (1994) mentionnent que le principe de continuité suppose qu'à travers toutes les étapes du désastre, la gestion et le rétablissement devraient être orientés en fonction de la préservation et de la restauration de la continuité fonctionnelle, historique et interpersonnelle aux plans individuel, familial, organisationnel et communautaire. Ce principe peut cependant être obscurci par deux préjugés et provoquer des erreurs décisionnelles lors des opérations de gestion et de rétablissement. Les auteurs évoquent le biais de l'anormalité, lequel repose sur une sous-estimation de l'habileté des victimes à s'adapter au désastre, notamment en soutenant les mythes de la panique, du choc et du pillage en présence de désastre. Et, le second, le biais de la normalité, sous-tend une sous-estimation

de la prévision ou de la probabilité de la perturbation qui peut se manifester dans la communauté.

Le soutien psychologique à la communauté affectée et à ses membres, lorsqu'il est orienté en fonction de ce principe, doit ainsi privilégier, au plan individuel, le contact avec la famille et les groupes primaires, l'engagement des individus dans des rôles [219] actifs et favoriser la croyance d'un retour possible et attendu à un fonctionnement normal dans un proche délai. Au plan familial et communautaire, les intervenants doivent privilégier les moyens existants qui contribuent à assurer le maintien des réseaux de communication entre les personnes dispersées. De plus, l'équipe se doit de favoriser les échanges d'informations avec le public, et dans l'ensemble, elle doit travailler en fonction de contrer certains préjugés dominants qui font plutôt entrevoir les victimes comme subjuguées par des pulsions irrationnelles, pathologiques et antisociales lors de situations de désastre (Omer et Alon, 1994).

Dans cette ligne de pensée, Wolensky (1983) énonce que la structure du pouvoir politique joue un rôle primordial dans la mobilisation à la suite d'un désastre. Cependant, pour que l'engagement post-désastre soit efficient et structuré, encore faut-il que les bases organisationnelles de la communauté soient solidement établies avant que ne survienne l'événement. À cet effet, l'importance du statut social et économique des leaders et des élites locaux entre en considération. Ceux-ci peuvent en effet jouer un rôle important en utilisant leurs réseaux d'influence existant avant le désastre afin de synchroniser leurs actions de façon complémentaire aux mesures offertes par le secteur public et ainsi privilégier les mesures d'aides à la communauté.

Selon Golec (1983), certains facteurs semblent correspondre à un succès relatif du rétablissement de la communauté, soit un avertissement bref et adéquat, de bas taux de mortalité et de blessures, une population hautement intégrée, homogène et autonome, une réponse locale efficace, un réseau supporteur de relations personnelles, des compensations financières adéquates⁶⁹ et un surplus de ressources disponibles pour l'assistance temporaire. Golec suggère de plus que

⁶⁹ En regard de cet aspect, Abrahams *et al.* (1976) ont noté que l'incidence des symptômes psychiatriques était directement liée à l'insatisfaction en regard de l'aide reçue.

les variables communautaires sont peut-être même plus importantes que le désastre lui-même pour prédire les effets de celui-ci sur les individus.

[220]

Dans cet ordre d'idées, Lima et al. (1993) ont mentionné que les difficultés d'intégration des individus dans une nouvelle communauté ou la non-acceptation s'avéraient des variables pouvant prédire la détresse émotionnelle. Il n'en demeure pas moins qu'en plus de la reconstruction physique, il importe de restaurer la stabilité et l'espoir dans l'objectif d'un rétablissement global (Cassisty et McDaniel, 1994) et de supporter ceux qui occupent des fonctions dans la gestion des opérations suscitées par le désastre ou qui sont fortement sollicités pour offrir du soutien psychosocial (Ursano, et al., 1995). En effet, selon Carr et al. (1992), une forte proportion de la population adulte de la communauté, soit plus du cinquième, utilise les services habituels donnés à la population ou ceux qui sont offerts directement par les organismes et institutions engagés dans la gestion de la crise au cours des six mois suivant le désastre afin de s'adapter au stress occasionné par ce dernier. Cependant, même si les victimes d'un désastre vont généralement se prévaloir de l'assistance que leur offrent les institutions ou organismes publics ou communautaires en ce qui a trait à la réponse à leurs besoins matériels et physiques, les individus sont réticents à aller vers les ressources qui peuvent les aider à faire face aux problèmes émotionnels et psychologiques qu'ils vivent (Bromet et Dunn, 1981 ; Hartsough, 1982 ; Kato et al., 1996).

Lors d'un désastre, les organismes investis dans la gestion de la crise sont de nature diversifiée. Ainsi, on retrouvera généralement la Croix-Rouge, l'Armée du Salut, certaines organisations paragonnementales, les policiers et pompiers des localités touchées ou de l'extérieur, des organisations religieuses et communautaires, et diverses organisations nationales et internationales à vocation philanthropique. Les objectifs premiers de ces organismes sont de répondre aux besoins physiques et matériels des populations affectées et leurs efforts et compétences sont bien souvent exceptionnels. Leur personnel rémunéré ou bénévole est bien formé et connaît le rôle qu'il a à jouer. Il [221] demeure cependant irréaliste de considérer qu'ils peuvent répondre de façon tout aussi efficace aux besoins psychologiques et émotionnels des victimes et des sinistrés. En ce qui a trait au per-

sonnel spécifiquement formé en ce sens, habituellement des intervenants du secteur de la santé, bien qu'étant les mieux placés pour intervenir au plan de la santé mentale, ils ne sont souvent pas habitués à l'intervention en situation de désastre. De plus, leur charge de travail habituelle ainsi que les restrictions budgétaires et celles de personnel auxquelles ils sont soumis contribuent à l'absence d'établissement d'un plan formel d'intervention et de formation de personnel pour agir en situation de désastre. Contraints à des limites de temps, de budget, etc., éléments qui entrent en considération dans l'élargissement de leur clientèle (les ressources financières sont prévues pour la clientèle déjà existante), les intervenants vont s'en tenir à une action superficielle auprès des victimes de désastres (intervention de crise, évaluation et brève thérapie) (Aguilera et Planchon, 1995 ; Peuler, 1988).

Smith et al. (1979) ont également comparé certaines réactions aux désastres chez des individus vivant en milieux urbain et rural exposés à des inondations. Un renforcement de l'esprit communautaire, tant chez les individus vivant en milieu urbain que ceux vivant en milieu rural, était perçu par plus de la moitié des répondants. Chez les deux groupes, la principale source d'aide mentionnée fut les voisins. Les auteurs précisent également qu'alors que 34% des répondants urbains évoquaient n'avoir reçu aucune aide, une proportion de 59% des individus vivant en milieu rural rapportaient la même situation. Il fut également noté que l'aide reçue, tant dans un milieu que dans l'autre, provenait le plus souvent de personnes connues. Seulement 16% des individus du milieu urbain et 6% des répondants en milieu rural ont mentionné avoir reçu l'aide de personnes qui leur étaient inconnues. Les sources d'information les plus fiables étaient les médias et la Défense civile en milieu urbain, alors qu'en milieu [222] rural, ce sont le propre jugement des individus et les communiqués à la radio qui sont davantage ressortis. Il importe également de préciser que seulement 20% des répondants urbains ont mentionné leur propre jugement comme source la plus fiable, alors qu'une proportion de 80% des individus en milieu rural y ont fait référence.

Green et Solomon (1995) énoncent quant à elles que les facteurs sociaux et les facteurs de rétablissement psychologique incluent la réaction de la communauté au désastre, la solidité et la disponibilité du réseau de soutien social de l'individu, le contexte socio-économique et culturel ainsi que d'autres facteurs de cet ordre. Pris

ensemble, ces facteurs influenceront le fait qu'un individu sera apte à donner un sens ou non à la nature de l'événement, à ses conséquences négatives, ainsi que la durée du processus de rétablissement. La cohésion de la communauté peut aussi se manifester par l'émergence des groupes supportant ; et solidaires qui favorisent le retour à la normale et minimisent la perturbation psychologique chez les individus (Baum, 1987, 1991). Sous cet angle, un désastre peut correspondre, pour une communauté donnée, à un rappel de sa dépendance à des entreprises ou des industries auxquelles elle est assujettie (Lystad, 1984).

Inversement, Warheit (1985) énonce que le stress augmente lorsqu'une communauté est confrontée à un sinistre dont l'ampleur dépasse celle qu'elle a pu enregistrer antérieurement et lorsque des lacunes sont constatées au plan des structures et des ressources sociales ou politiques dont la communauté dispose. La hausse du stress collectif peut aussi être associée à l'émergence de conflits entre les groupes et les organismes sociaux ou politiques, à des dissensions ou des discordes exprimées par les décideurs à propos de la situation post-désastre, à une incapacité des ressources collectives à supprimer la perturbation causée par le sinistre, ou encore à une prise en charge [223] tardive de cette responsabilité par les décideurs de la communauté. Dans cet ordre d'idées, Quarantelli et Dynes (1985) énoncent que les conséquences émotionnelles sérieuses chez les victimes ne constituent pas la norme et que, lorsqu'elles sont présentes, elles sont plutôt attribuables à une perception par les victimes d'une cohésion qui fait défaut au plan de la communauté affectée.

Miller (1971) apporte également une dimension intéressante dans les réactions au stress vécues par les individus et les communautés. Selon l'auteur, ces deux sous-systèmes, possédant des formes d'existence différentes, sont exposés à des stress similaires auxquels ils doivent s'adapter (au plan individuel ou collectif). Devant les menaces environnementales diverses auxquelles ils sont exposés, qu'elles soient latentes ou réelles, ils doivent avant tout rechercher à assurer leur intégrité et leur survie.

Les auteurs catégorisent les événements pouvant affecter la communauté (les désastres et les crises) selon les dimensions centripète et centrifuge. Dans la première dimension, l'événement touche les victimes des institutions et les systèmes sociaux préexistants en perturbant

l'environnement dans lequel les individus évoluent, travaillent et vivent. Les événements centrifuges correspondent à des circonstances impliquant plusieurs systèmes sociaux et à la suite desquels la communauté de sinistrés se disperse dans les régions non affectées, soit en dehors du centre du phénomène. Les différences entre ces deux types d'événements sont marquantes pour les victimes et les individus qui leur portent assistance. Notons, entre autres, que lors d'événements centripètes, la communauté victimisée est facilement identifiable en raison des besoins manifestes dans un espace géographique circonscrit, ce qui n'est pas le cas pour les événements centrifuges où les victimes sont isolées ou non reconnues comme telles. Les événements centripètes provoquent également le [224] phénomène de la membrane du traumatisme par lequel les individus à l'échelle de la communauté tendent à se regrouper et à se soutenir, en réaction aux souffrances, aux dangers et aux perturbations qu'ils vivent.

En regard de la prise en charge par la communauté des individus affectés par les désastres au plan de leur santé psychosociale, il semble que peu d'établissements de santé prennent sérieusement en considération de tels besoins chez la population. Les plans d'urgence étant généralement dressés en fonction des services et du traitement des blessures physiques (Burkle, 1996 ; Murray Parkes, 1997a).

La prise en considération des valeurs et attitudes des résidents de la communauté entre aussi en considération dans le rétablissement post-désastre, celles-ci pouvant influencer sur le comportement des individus en lien avec les opérations menées pour la reconstruction (O'Malley, 1978). Cette dernière a par ailleurs été identifiée à un processus à long terme par Kates et Pijawka (1977), d'où l'importance du maintien des mesures d'aide et de soutien aux individus affectés pendant une période conséquente. Des initiatives de la communauté comme la commémoration de l'événement ou les enquêtes officielles peuvent aussi intervenir efficacement dans l'intégration de l'événement par les victimes et les personnes qui se sont impliquées auprès d'elles (Joseph et al. 1997 ; Meichenbaum, 1995). L'importance accordée au maintien du bien-être psychologique des familles s'avère également un facteur de rétablissement des communautés (Smith, 1983).

Dans une perspective sociologique, Drabek (1977, 1986) suggère que certains éléments, tels les stratégies d'atténuation, de rétablissement, les perceptions du risque et les attitudes sociales qui se manifes-

tent à travers certains mécanismes d'ajustement de la communauté au désastre, doivent être intégrés dans [225] le processus de recherche. Le contexte et les différences culturelles, de même que certains facteurs économiques et politiques inhérents à la communauté, sont également des aspects à considérer. Nous supposons ainsi qu'un modèle de recherche pourrait inclure les réactions et les attentes des populations en regard des mesures de prévention et de soutien offertes par le gouvernement ou ses institutions, la dynamique et le leadership politique qui prévalent dans une communauté donnée, la capacité de prise en charge et de gestion par les intervenants économiques, sociaux et politiques du milieu de la crise inhérente au désastre, etc. Certains de ces aspects ont par ailleurs retenu l'attention de spécialistes et de chercheurs à la suite des inondations survenues au Saguenay en 1996 (Proulx, 1998).

Concernant la réaction d'une communauté à un désastre, il ressort également que la présence et l'émergence de groupes qui agissent et interagissent pendant et dans les suites de la crise sont une dimension qui mérite une attention particulière (Larouche, 1998). Cet aspect fut d'ailleurs considéré par plusieurs chercheurs (Dynes, 1970 ; Quarantelli, 1977) et a permis l'élaboration d'une typologie raffinée basée sur la structure (les anciens, les nouveaux) et les tâches (codifiées et générales) des groupes organisés en situation de désastre (Stallings, 1977), soit les groupes établis, les groupes émergents, les organisations qui prennent de l'expansion et les organisations prolongées (qui sont un peu un mélange des trois autres).

Les atteintes à la communauté

[Retour à la table des matières](#)

Parmi les recherches étudiant les conséquences des désastres sur la communauté, celles se rapportant à la communauté de Buffalo Creek ont maintes fois été citées dans la littérature. En ce qui a trait à la santé sociale, le syndrome collectif qu'a suscité l'inondation, ou le syndrome du survivant, était associé à une situation de désespoir et de dépression chronique constatée dans la communauté (Lifton et Olson, 1976). Selon Titchener [226] et Kapp (1976), ce syndrome fut provo-

qué par la dislocation de la communauté. On y remarquait l'indifférence, l'apathie et le retrait social chez les membres de celle-ci. Le bouleversement des habitudes de vie des victimes a aussi contribué à l'adoption de modes de vie dépressifs généralisés.

Tierney et Baisden (1979), qui ont étudié six petites communautés rurales ayant vécu un désastre, ont mentionné que celles-ci constataient que les relations interpersonnelles s'étaient dégradées et que cela se reflétait dans des problèmes de consommation d'alcool et des difficultés familiales qui étaient communes aux communautés. De plus, une variété de problèmes étaient associés au stress émotionnel constaté. Quoiqu'il y ait eu peu de différence au plan de la manifestation des problèmes émotionnels comparativement à ceux rencontrés dans les centres urbains, les communautés rurales semblaient désavantagées pour les raisons suivantes : un plus grand nombre de citoyens sont moins nantis socialement et économiquement, il existe des barrières de distance et de transport, le personnel professionnel est plus rare ou insuffisant, il y a moins d'acceptation de la maladie mentale, il y a une tendance générale à rejeter ce qui est non familier et spécialisé, et le fait de miser sur l'indépendance et l'auto-efficacité est également reconnu. Cette étude a davantage mis l'accent sur la différenciation entre le milieu rural et le milieu urbain. Cependant, d'autres chercheurs ont aussi mentionné des différences au plan de la manifestation des symptômes sur la santé psychologique entre deux communautés ayant subi le même désastre ; ainsi, les modèles et symptômes d'état de stress post-traumatique différaient dans les deux communautés à l'étude (Steinglass et Gerrity, 1990).

Se référant à Borgman ⁷⁰, Farberow (1985) propose que si les communautés rurales ont des valeurs mettant l'accent sur les sentiments personnels (loyauté, confiance, sens d'appartenance à un groupe social, etc.), cela puisse jouer en leur défaveur [227] lors de situations catastrophiques. L'auteur précise que, malheureusement, l'orientation communautaire a aussi des aspects négatifs qui peuvent influencer le rétablissement (le manque de confiance et le rejet de ce qui vient de l'extérieur, le manque de planification rationnelle et formelle d'assi-

⁷⁰ Borgman a parlé de l'aspect communautaire dans les communautés rurales touchées par les désastres et a spécifié que celles-ci possédaient un plus grand sens des valeurs liées à la *gemeinschaft*.

gnement des tâches qui peut résulter en confusion et délais lors de désastres). Ce point de vue va toutefois à l'encontre de celui de Perry et al. (1956) qui avaient démontré que le caractère rural était un facteur positif pour le rétablissement familial. Le sentiment de sécurité provoqué par le dynamisme et l'existence même de l'entité communautaire peut être anéanti lorsque des individus, auparavant convaincus de l'invulnérabilité de leur communauté ou de leur personne, font face à un désastre. Ces mêmes individus peuvent être ceux qui seront les plus susceptibles de présenter des problèmes d'adaptation (Perloff, 1987).

Hargrove (1986) s'est également préoccupé des crises en milieu rural. Selon l'auteur, les conséquences psychosociales d'une détérioration des conditions de l'environnement agricole sur les communautés et sur ceux qui en tirent leurs sources de revenus sont similaires à celles rencontrées lors d'autres types de désastres, même si les caractéristiques de chacun de ces désastres sont différentes. Hargrove (1986) mentionne également que les résultats de recherche ne supportent pas la croyance selon laquelle le fait de demeurer dans un milieu depuis de nombreuses années et d'y compter un réseau familial et un réseau de travail significatif offrirait le soutien nécessaire en temps de crise. Cette croyance serait spéculative. Selon les travaux dont s'inspire l'auteur, la dépression, l'éloignement ou la prise de distance avec la famille, la perte d'appétit, les problèmes de sommeil, la perte du sens de valorisation, les changements d'humeur, la confusion, l'agitation et la tendance à l'agression physique, les problèmes conjugaux, les problèmes d'adaptation, les problèmes avec les enfants, l'anxiété, le sentiment de deuil et d'autres problèmes de stress post-traumatique risquent d'être ressentis [228] par les individus dont le mode de vie est en péril ou chez lesquels la survie de la communauté est menacée.

Echterling, Bradfield et Wylie (1988) ont également fait ressortir les différences entre les rôles, les activités et le stress suscités par un désastre ⁷¹ chez des ministres du culte de secteurs rural et urbain engagés dans le soutien à leurs communautés respectives. Il ressort des résultats obtenus qu'au plan des similarités, les ministres du culte

⁷¹ Cette étude fut réalisée à la suite des inondations en Virginie et Virginie de l'Ouest en 1985. Celles-ci ont causé 900 millions de dollars de dommages, tué 54 personnes et généré l'évacuation de plus de 4 300 familles.

jouent un rôle important dans l'offre de soutien social aux victimes. Bien que les deux groupes aient eu à jouer plusieurs rôles, les ministres du culte urbains semblaient se spécialiser davantage dans une fonction ou un rôle particulier, tandis que ceux du secteur rural sont plus généralistes. On remarquait également chez ces derniers une plus forte probabilité d'utilisation de leurs lieux de culte et de leur domicile comme lieu d'hébergement ou de centre de distribution des secours. Les ministres urbains démontraient également une forte sophistication dans leur mode de transfert des victimes aux sources d'aide formelles et diversifiées. Cette activité semblait davantage personnalisée en milieu rural et orientée vers les ressources locales. Même si les ministres urbains semblaient à l'aise avec l'aspect bureaucratique de la gestion des opérations de secours aux victimes, la coordination et le travail avec les divers organismes constituaient leur plus important défi. Au plan des répercussions post-traumatiques, les auteurs mentionnent que les ministres ruraux semblaient davantage affectés que ceux de la région urbaine. Certains effets positifs se dégageaient également du désastre selon les participants : la découverte de forces et de talents personnels, et le constat d'une forte cohésion parmi les membres de leurs communautés.

Erickson (1976) a également mentionné que la perte de la communauté correspondait à un traumatisme collectif impliquant l'abandon des lieux, de gens connus et de réseaux souvent établis [229] depuis longue date. Certains sentiments négatifs peuvent ainsi s'installer, tels la méfiance et l'isolement, et des répercussions perverses sont susceptibles de se manifester ; citons, par exemple, l'effondrement des standards moraux, la désorganisation sociale et le déclin du rôle parental. L'auteur a aussi inclus la perte du sentiment d'appartenance chez les membres de la communauté comme facteur de désorganisation.

Lifton et Olson (1976) ont également fait part de la perte de relations amicales et intimes comme facteur contribuant à augmenter la dislocation communautaire, tandis que Dunal et al. (1985) ont évoqué que l'impact psychologique chez les victimes provenait du fait d'avoir abandonné non seulement leur maison, mais tout leur voisinage. En rapport avec le sentiment d'appartenance au milieu ou à l'ensouchelement, Richard (1974) a établi un lien entre ce dernier et le degré de perturbation des individus. La perturbation psychologique des individus semble également pouvoir être atténuée par l'existence de la

communauté thérapeutique⁷². Cette dernière sous-entend une dynamique d'entraide se formant au sein de la communauté affectée dans les premiers temps suivant le désastre⁷³ (Aptekar, 1994) ou dans la phase dite héroïque (Kaniasty et Norris, 1995a). À l'opposé, certaines situations de lutte pour sauvegarder la propriété en période d'urgence peuvent laisser place à des comportements de violence et d'hostilité, comme le mentionne le rapport sur les inondations au Manitoba (Simonovic, 1997) faisant état de panique et de chaos parmi la population.

Certains groupes marginalisés ou isolés de la communauté, en raison d'un manque de connaissances personnelles, d'informations, d'habiletés culturelles ou de langage, d'un statut légal non reconnu ou valorisé et d'une localisation physique désavantageuse, peuvent se sentir réticents à demander ou à accepter l'aide offerte par les gouvernements ou les organismes oeuvrant en situation de désastre. Plusieurs des sujets interrogés par Bolin [230] et Stanford (1996) ont ainsi fait part de leur sentiment d'incapacité à se qualifier pour recevoir de l'aide, ont pensé qu'ils ne devraient pas demander de l'aide ou ont éprouvé de la crainte à se prévaloir des programmes offerts dans leurs communautés. Selon les auteurs, les besoins des gens défavorisés en de telles situations sont déterminés par divers aspects de leur vie qui étaient présents avant que ne survienne le désastre.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

- * Les perturbations affectant la communauté dans son ensemble à la suite d'un désastre constituent un facteur de risques d'atteinte à la santé physique individuelle.

⁷² Barton (1969) a spécifié davantage ce concept.

⁷³ Perry (1985) a évoqué précédemment l'existence de la communauté thérapeutique dans les trois types de comportement suivant immédiatement un désastre.

- * Les changements sociaux qui émergent dans une communauté après un sinistre sont souvent attribuables à des tendances qui prévalaient déjà avant que ne survienne l'événement.
- * La gestion du désastre et le rétablissement d'une communauté sinistrée devraient s'orienter en fonction de la continuité fonctionnelle, historique et interpersonnelle, tant individuelle, familiale, organisationnelle que communautaire.
- * Le pouvoir politique d'une communauté (ou de ses leaders) influence grandement la mobilisation à la suite d'un désastre.
- * Les variables ou les composantes communautaires sont déterminantes des effets du désastre sur ses membres.
- * Les interventions des groupes, organismes et institutions engagés dans les opérations ou les activités de soutien à la communauté sont surtout orientées en fonction d'une réponse aux besoins physiques et matériels des sinistrés.

[231]

- * Les communautés semblent généralement peu outillées pour évaluer les besoins psychologiques de leurs membres à la suite d'un désastre et y répondre.
- * Un renforcement du sens communautaire est généralement constaté dans les suites immédiates d'un désastre.
- * Le manque ou l'absence de cohésion au sein de la communauté favorise les répercussions émotionnelles négatives.
- * La culture, les valeurs et les attitudes des membres d'une communauté sont des éléments à intégrer lors des opérations de reconstruction, des activités de rétablissement et de recherche post-désastre.
- * Parmi les principaux symptômes et comportements pouvant être constatés au sein d'une communauté à la suite d'un sinistre, la littérature fait surtout mention :
 - d'indifférence, d'apathie ou de retrait généralisé ;
 - d'adoption de modes de vie dépressifs ;

- de dégradation des relations interpersonnelles, d'hostilité ou de violence ;
- d'une consommation d'alcool problématique ;
- de difficultés familiales et conjugales ;
- de difficultés et problèmes psychologiques ou psychiatriques ;
- de dislocation, de distanciation et d'isolement familial ou social ;
- de perte du sens communautaire ;
- de modification des valeurs et des rôles moraux ou parentaux.

[233]

Désastres et sinistrés. Essai.

CONCLUSION

Synthèse des effets des désastres sur la santé biopsychosociale des sinistrés

[Retour à la table des matières](#)

La revue de littérature effectuée nous permet de constater en tout premier lieu que chaque désastre est en lui-même unique par ses composantes (impact, durée, population touchée, type de désastre, etc.) et qu'il génère un modèle d'ajustement qui lui est propre (Bromet et Dew, 1995 ; Krause, 1987). Peu de recherches ont abordé les conséquences biopsychosociales d'un désastre similaire à celui de la crise du verglas de janvier 1998. Si l'amplitude de ce sinistre a nécessité l'intervention gouvernementale et le soutien de maints organismes auprès des personnes ayant subi des préjudices, il n'en demeure pas moins que l'on connaît peu les effets à plus long terme d'une telle catastrophe sur la santé physique, psychologique ou sociale des sinistrés.

Mentionnons par ailleurs que la mise en place de programmes visant à aider les sinistrés et les victimes aux prises avec les conséquences psychologiques négatives pouvant être enregistrées à la suite d'un

désastre est un phénomène relativement nouveau. Aux États-Unis par exemple, en 1986, près de deux millions de dollars étaient mis à la disposition de neuf États afin de développer des mesures et programmes en santé mentale à la suite de désastres. Ces programmes furent développés en collaboration avec le National Institute of Mental Health (NIMH) (Peuler, 1988).

La littérature démontre également de façon non équivoque l'existence de conséquences graves sur l'état de santé des sinistrés. Les conséquences peuvent se manifester à court, moyen ou long terme, comme il est possible de le lire dans les documents [234] produits par le gouvernement du Québec. De plus, des chercheurs chevronnés ont identifié une diversité de conséquences associées aux désastres qui peuvent se prolonger pour une très longue période.

L'état de la question ⁷⁴

Le champ de la recherche portant sur les conséquences des désastres sur la santé biopsychosociale des individus couvre plusieurs domaines. Les auteurs traitent entre autres de la fréquence des problèmes d'ordre psychologique comme l'état de stress post-traumatique, les troubles anxieux ou les troubles dépressifs. Cette section permet de faire un bref rappel des conséquences des sinistres sur la santé psychologique des individus en traitant des liens spécifiques qui existent entre les caractéristiques des événements et des individus, et l'état de santé psychosociale des sinistrés. Une attention particulière est apportée aux éléments étiologiques, c'est-à-dire aux facteurs de risque personnels et collectifs contribuant à l'apparition et au maintien des problèmes vécus par les sinistrés. Ces informations permettent d'identifier les types de sinistrés qui sont les plus susceptibles de développer des sentiments ou des comportements néfastes à leur qualité de vie.

⁷⁴ Cette page et les pages subséquentes s'inspirent d'un document déjà produit par les auteurs (Maltais, Robichaud, Lalande et Simard, 1998).

L'état de stress post-traumatique

Les écrits scientifiques et ministériels révèlent que la présence de séquelles psychologiques est fréquente chez les populations exposées à un sinistre. Le phénomène le plus largement documenté est l'état de stress post-traumatique, quoique ce syndrome ne soit pas le seul trouble retrouvé chez les victimes de traumatismes collectifs (Côté, 1996).

L'état de stress post-traumatique est caractérisé par un ensemble de symptômes spécifiques comme des troubles de sommeil, des difficultés de concentration, de l'hypervigilance. Les experts estiment qu'entre 1% et 3% de la population générale [235] souffrent de ce syndrome (Auger *et al.*, 1997 ; Helzer, 1987) qui apparaît habituellement entre un et trois mois suivant les événements traumatisants et qui peut durer pendant une très longue période (Green *et al.*, 1990). Dans certains cas, ce syndrome peut devenir chronique et les individus atteints risquent de développer d'autres pathologies physiques (de l'hypertension, par exemple) ou psychologiques mettant en péril la poursuite de plusieurs activités personnelles, familiales, sociales ou professionnelles. MacFarlane (1989) souligne que le syndrome de stress post-traumatique est fréquemment mal diagnostiqué, étant donné que certains symptômes sont souvent associés à des personnes hypochondriaques ou qui font abus de substances nocives. De plus, les intervenants oeuvrant dans le domaine de la santé auraient des difficultés à reconnaître ou à envisager l'apparition de ce syndrome. Le rétablissement des personnes atteintes ne peut se faire que par un traitement approprié (NIMH, 1995).

Dans une étude réalisée au Saguenay, trois mois après les événements de juillet 1996, une équipe de chercheurs de l'Unité de médecine familiale du complexe hospitalier La Sagamie a estimé que 20% des adultes sinistrés étaient aux prises avec cet état, comparativement à 4% chez un groupe contrôle. De plus, l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la détresse émotionnelle a permis de mesurer une prévalence de ce type de détresse chez 30% des sinistrés, comparativement à 15% pour le même groupe contrôle (Auger *et al.*, 2000).

Des chercheurs américains ont eux aussi constaté que l'état de stress post-traumatique est présent chez les victimes de désastres naturels. Par exemple, Kent et Francis (1995) ont remarqué des taux partiels ou complets d'état de stress post-traumatique chez 73% des victimes à la suite d'un ouragan⁷⁵, tandis que Tobin et Ollenburger (1996) ont estimé qu'à la suite d'une inondation, 71% des victimes ont développé des symptômes de cet état. Après le passage de l'ouragan Andrew, Mellman *et al.* [236] (1995) ont constaté que 52% des sujets étudiés rencontraient des critères de diagnostic d'un état de stress post-traumatique, tandis que Swenson *et al.* (1996) ont souligné que les enfants ayant été exposés à un ouragan en sont également affectés pendant une longue période⁷⁶.

Toutefois, après un désastre, plusieurs éléments peuvent contribuer à l'apparition de l'état de stress post-traumatique. En effet, la vulnérabilité des sujets à le développer varie en fonction de l'état de santé psychologique, des habitudes de vie et de la personnalité des individus avant l'exposition au sinistre, de la nature du traumatisme, de l'ampleur des dommages et pertes ainsi que de facteurs personnels et sociaux post-traumatiques (Breslau et Davis, 1991 ; Côté, 1996 ; Green, 1994).

De plus, Meichenbaum (1994) souligne que l'alcoolisme chez les hommes et les antécédents de dépression chez les femmes prédisposent les victimes de catastrophes à développer et maintenir un état de stress post-traumatique. Côté (1996), Breslau et Davis (1991) ainsi que Green (1994) rapportent que la présence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, de troubles de comportements pendant l'enfance, d'événements stressant avant la catastrophe ainsi que l'exposition répétitive à des désastres accroissent les risques de développer l'état de stress post-traumatique ou de manifester un ou plusieurs de ses symptômes. Selon Olson (1993) et Crabbs et Heffron (1981), les enfants, les personnes à faible revenu, les personnes âgées et les individus subissant de lourdes pertes sont plus à risque de présenter des problèmes psychiatriques ou psychologiques après un désastre. D'ailleurs, Pickens *et al.* (1995) ont aussi fait remarquer que la gravité des

⁷⁵ L'étude a été réalisée de 6 à 8 mois suivant cet événement.

⁷⁶ Vingt et un mois après l'ouragan, 70% des enfants âgés de 7 à 13 ans démontraient un taux élevé ou modéré d'état de stress post-traumatique.

symptômes post-traumatiques est directement associée à l'importance des dommages subis à la demeure. La perte de ressources personnelles et familiales constitue donc un des prédictors de l'apparition de l'état de stress post-traumatique.

[237]

Si certaines études n'ont pas observé de différences entre les hommes et les femmes (Green *et al.*, 1985b), d'autres ont démontré que le sexe détermine le type de symptômes associé à l'état de stress post-traumatique. Les femmes seraient plus victimes d'anxiété et de dépression (Green, 1994) et elles ressentiraient plus souvent que les hommes des tensions motrices, de l'appréhension, des phobies et de l'hyperactivité automatique (Shore *et al.*, 1989). Pour leur part, les hommes seraient plus susceptibles de développer des troubles de personnalité, d'augmenter davantage leur consommation de matières illicites (Côté, 1996) ainsi que de manifester des phobies, des troubles de panique, des manies obsessionnelles ou compulsives et des comportements antisociaux (Shore *et al.*, 1989).

Les enfants et les adolescents qui ont perçu une plus grande menace pour leur vie et qui ont subi plus de pertes matérielles démontreraient un plus haut niveau de stress post-traumatique (LaGreca *et al.*, 1996a). Chez les adolescents, la perte de ressources personnelles telles les meubles, les vêtements et les objets ayant une valeur sentimentale a été significativement associée à la présence d'un état de stress post-traumatique.

Les désastres et l'altération de la santé psychologique

L'exposition à un désastre, comme une inondation par exemple, peut certes entraîner des pathologies ou des problèmes psychologiques autres que l'état de stress post-traumatique. À ce sujet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (1994) et Santé et Bien-Être Canada (1990) mentionnent que les individus soumis à des pertes et à des souffrances importantes doivent s'adapter à des changements dans leur existence et surmonter des crises personnelles, familiales ou sociales

qui peuvent laisser des séquelles psychologiques temporaires ou permanentes. La perte de la maison, la peur pour sa propre vie ou celle d'un être cher, les multiples tracasseries occasionnées pour la [238] réparation de sa propriété ainsi que les nombreuses démarches à entreprendre auprès des organismes d'aide peuvent aussi affecter le bien-être psychologique des sinistrés. En l'occurrence, les réactions émotives sont diverses et fréquemment rencontrées chez les victimes d'un traumatisme collectif. Le sentiment de danger imminent, la peur de dormir ou de mourir, la présence de cauchemars répétitifs ainsi que l'anxiété et la détresse émotionnelle ne sont que quelques exemples des séquelles psychologiques qui peuvent affecter les individus victimes d'un sinistre. Bravo et al. (1990) ainsi que Ollendick et Hoffman (1982) ont noté par exemple dans leurs études auprès de populations sinistrées l'augmentation de l'incidence des symptômes dépressifs et somatiques, tandis que Lima et al. (1989) ont relevé la présence de détresse émotionnelle et une hausse de l'anxiété.

D'autres chercheurs ont aussi remarqué que les victimes de sinistres démontrent des problèmes de fonctionnement, des sautes d'humeur et éprouvent des difficultés à profiter de leurs temps libres (Green et al., 1990). Les problèmes d'ordre psychologique peuvent, tout comme le syndrome de stress post-traumatique, s'étendre sur une longue période et susciter des altérations dans le fonctionnement individuel, familial ou professionnel des sinistrés (Church, 1974 ; Titchener et Kapp, 1976). Kinston et Rosser (1974) ont démontré une augmentation importante des maladies dépressives (350%) et névrotiques (1 100%) dans les communautés affectées par un désastre naturel, tandis que Mellman et al. (1995) et Pickens et al. (1995) ont souligné que les individus soumis à un ouragan ont tendance à développer des problèmes de mémoire, des symptômes somatiques, de l'anxiété ou des dépressions majeures. L'apparition de phobies, d'abus de substances nocives et l'agoraphobie sont aussi des désordres assez courants chez les sinistrés (Canino et al., 1992 ; Green et al., 1992). Pour leur part, Smith et al. (1986) ont remarqué, à la suite d'inondations, une hausse significative de désordres chez les individus touchés et Church (1974) a constaté [239] que les sentiments de culpabilité, la peur des éléments naturels et la présence de cauchemars augmentent de façon significative chez des sinistrés, comparativement à un groupe contrôle non exposé à un sinistre.

Aux États-Unis, la rupture du barrage et les inondations de Buffalo Creek ont affecté durement la population. Deux ans après ces événements, Titchener et Kapp (1976) ont constaté que 90% des sinistrés présentaient des problèmes d'ordre psychologique comme l'anxiété, la dépression, les problèmes de développement et d'adaptation, et des changements de caractère. Ces derniers ont également mentionné que 80% des survivants souffraient d'un syndrome névrotique clinique. Aussi, sept ans après ces mêmes événements, plusieurs sinistrés étaient encore aux prises avec des problèmes d'ordre psychologique comme l'abus d'alcool ou des idées suicidaires, même si la gravité de l'anxiété et la fréquence des inquiétudes somatiques et de l'excitation avaient subi une baisse significative. Les catastrophes ont également des répercussions chez les être humains en bas âge. En effet, chez les jeunes enfants, l'exposition à un sinistre provoque des difficultés de concentration, des peurs et des problèmes de sommeil ainsi que l'apparition de comportements agressifs et régressifs (Ollendick et Hoffman, 1982). Dollinger (1986b) a également démontré que les enfants exposés à un désastre ont tendance à rechercher la présence de leur mère et sont aux prises avec des peurs intenses, des malaises physiques et des douleurs musculaires. Les conséquences psychologiques des sinistrés sont souvent amplifiées chez les enfants parce que ceux-ci ne savent pas comment exprimer leur chagrin ou les sentiments qui les habitent (Benedek, 1985). De plus, Earls et al. (1988) et Handford et al. (1986) soulignent que les parents ont tendance à sous-estimer les problèmes psychologiques de leurs enfants.

Ce n'est pas l'événement lui-même qui semble constituer le [240] principal facteur traumatisant pour les enfants, mais plutôt les éléments ou détails physiques traumatisants de l'expérience et les réactions de l'entourage à la situation (Gordon et Wraith, 1993). Ainsi, il se peut, dans le contexte de la crise du verglas, que ce ne soit pas réellement l'interruption de l'électricité en elle-même, les accumulations de verglas ou la cessation des activités scolaires, etc., qui aient constitué les éléments ou les aspects les plus traumatisants pour les enfants et les adolescents. Les évacuations dans un contexte d'urgence, les comportements ou les attitudes de panique ou de forte excitation des adultes, l'hébergement dans des lieux étrangers où règnent le désarroi et la désorganisation, ou encore le fait d'être séparés de personnes significatives ou d'un environnement familial ont sans doute davantage

affecté les jeunes sinistrés que la dévastation physique et la menace du verglas.

Le degré de détérioration de la santé psychologique des sinistrés, tout comme l'état de stress post-traumatique, est influencé par un ensemble de facteurs personnels et contextuels. La présence de blessures physiques, les décès ainsi que la présence de pertes matérielles importantes sont associés significativement à la psychopathologie (Freedy *et al.*, 1994 ; Rubonis et Bickman, 1991). À ce sujet, plusieurs études mentionnent que l'étendue et l'intensité du chagrin et des problèmes psychologiques sont fortement liées aux pertes subies et à l'importance subjective que l'on accorde à ce qui a été détruit (Pickens *et al.*, 1995). Freedy *et al.* (1994) ont souligné que les personnes ayant subi des sinistres de moindre importance, mais qui ont enregistré des pertes importantes, sont plus enclines à développer de la détresse psychologique que les individus déclarant moins de pertes lors d'un sinistre d'une plus grande intensité. Les dommages matériels subis au domicile sont d'ailleurs les facteurs de stress le plus souvent mentionnés par les sinistrés (Nolen-Hoeksema et Morrow, 1991).

[241]

Les femmes exclues du marché du travail, les familles monoparentales et les personnes à faible revenu et à scolarité moindre sont plus à risque de développer des sentiments qui détériorent leur état de santé psychologique (DeMan et Simpson-Housley, 1987 ; McDonnell *et al.*, 1995 ; Price, 1978 ; Smith, 1996a ; Solomon *et al.*, 1993). Le sexe et l'âge sont aussi des variables significativement associées à la détresse psychologique (Freedy *et al.*, 1994). Les femmes sont généralement plus affectées que les hommes (Kaltreider *et al.*, 1992), tandis que les personnes âgées ont tendance à développer davantage de symptômes dépressifs que les adultes plus jeunes (Canino *et al.*, 1990). Toutefois, en ce qui concerne l'âge, les recherches ne font pas l'unanimité. Certaines, comme celles menées par Santé et Bien-Être Canada (1992), mentionnent que les aînés constituent un groupe très vulnérable en raison d'un état de santé et d'une autonomie moindre, puis d'une situation sociale et financière précaire. Toutefois, d'autres chercheurs affirment que les personnes âgées réagissent mieux au stress, ou de façon équivalente aux plus jeunes, ou qu'elles développent moins de symptômes pathologiques que les adultes exposés aux mêmes sinistres (Faupel et Styles, 1993 ; Gleser *et al.*, 1981 ; Huerta et Horton, 1978 ;

Smith, 1996a). Les problèmes psychologiques vécus avant l'exposition à un désastre constituent aussi un facteur de risque important pour le développement de désordres émotifs ou psychologiques à la suite d'un sinistre (Aptekar, 1994 ; Tobin et Ollenburger, 1996).

Les désastres et la santé physique

La nature particulière des symptômes et des pathologies mentionnés par les chercheurs altère non seulement la santé psychologique des sinistrés mais compromet également la santé physique des individus. Nombreux sont les chercheurs qui ont noté, par exemple, que les personnes souffrant de l'état de stress post-traumatique ou de dépression à la suite d'un traumatisme collectif développaient de l'hypertension, des ulcères duodénaux [242] ou des pensées suicidaires (Breslau et Davis, 1992 ; Green et al., 1985b ; McFarlane et al., 1994 ; Mellman et al., 1995 ; Miller et al., 1981). Les victimes rapportent également souffrir plus fréquemment d'arthrite, de bronchite, de migraines et de problèmes gynécologiques (Breslau et Davis, 1992). Les victimes de désastres s'infligent également souvent des blessures musculaires ou squelettiques et elles déclarent souffrir régulièrement de nausées et de douleurs à la poitrine (Faupel et Styles, 1993). Les sinistrés estiment que leur état de santé physique est plus déficient que celui de la population en général (Melick, 1985). Par ailleurs, ils augmentent de façon significative leur fréquence d'utilisation des services de santé et leur consommation de médicaments (Auger et al., 1997 ; Friedman et Schnurr, 1995 ; North et al., 1989). Les pensées suicidaires, la leucémie, le cancer, les maladies lymphatiques et les avortements spontanés seraient également plus élevés dans les communautés affectées par un désastre (Centers for Disease and Prevention, 1993 ; Janerich et al., 1981).

Le tableau 13 résume les principaux facteurs prédisposant généralement les personnes aux effets négatifs à la suite d'un désastre.

Les désastres et la santé sociale ou communautaire

Les personnes qui affrontent un désastre ou qui doivent composer avec les suites et les séquelles qu'il laisse sur son passage risquent non seulement d'enregistrer des répercussions sur leur santé physique ou psychologique, mais de voir leur vie conjugale, familiale et sociale bouleversée (Barton, 1969).

La présence du couple et de la famille, et le soutien que cette dernière peut représenter, constituent un antidote aux effets négatifs pouvant être enregistrés à la suite d'un désastre (Drabek et Key, 1986 ; Kaniasty et Norris, 1995b ; Smith, 1983). Si certains auteurs ont noté peu de perturbations conjugales ou

[243]

Tableau 13
Sommaire des principaux facteurs
prédisposant aux effets négatifs chez les victimes de désastres

[Retour à la table des matières](#)

FACTEURS PRÉDISPOSANT AUX EFFETS NÉGATIFS SUR LA SANTÉ PHYSIQUE,
 PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE DES INDIVIDUS AFFECTÉS PAR LES DÉSASTRES

Catégories de facteurs	Population adulte	Enfants et adolescents
Facteurs socio-démographiques	<ul style="list-style-type: none"> * Faible scolarité * Sexe féminin * Faible revenu * Âge du mitan de la vie * Monoparentalité 	<ul style="list-style-type: none"> * De familles à faible revenu * De familles peu scolarisées
Facteurs individuels (Pré-désastre, pendant le désastre et post-désastre)	<ul style="list-style-type: none"> * Mauvaise santé actuelle * Invalidité * Mauvaise santé psychologique ou physique pré-désastre * Responsabilités familiales (jeunes enfants en particulier) * Présence de l'état de stress post-traumatique ou de ses symptômes * Expériences traumatisantes antérieures * Faible capacité d'adaptation * Perception négative de l'événement * Faible soutien social * Grossesse * Isolement social 	<ul style="list-style-type: none"> * Atmosphère familiale perturbée ou inadéquate * Santé psychologique ou physique pré-désastre altérée * Incapacité d'expression des sentiments, peurs, inquiétudes et insécurité * Tendance des parents à sous-estimer la perturbation des enfants * Surprotection * Santé psychologique ou physique pré-désastre et post-désastre déficiente des parents

FACTEURS PRÉDISPOSANT AUX EFFETS NÉGATIFS SUR LA SANTÉ PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE DES INDIVIDUS AFFECTÉS PAR LES DÉSASTRES

	<ul style="list-style-type: none"> * Stratégies d'adaptation négatives * Déni, ignorance ou confusion dans les symptômes * Mauvaise situation financière pré-désastre 	<ul style="list-style-type: none"> * Faible soutien social * Présence de SSPT ou symptômes * Réponse émotionnelle inappropriée et présence du trait d'anxiété * Fait d'avoir vécu des événements antérieurs traumatisants ou négatifs * Fait d'être l'aîné des enfants
<p>[244] Facteurs liés au désastre</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Pertes de parents ou d'amis par décès ou fait d'avoir constaté des décès * Blessures ou constat de blessures chez les autres * Menace à sa vie ou crainte pour la vie des autres * Exposition à des situations traumatisantes (ne pouvoir s'échapper, être isolé, ne pouvoir communiquer, etc.) * Exposition directe (ex : avoir eu sa maison inondée) * Perte du domicile * Pertes matérielles, financières ou personnelles importantes * Perte d'emploi permanente ou temporaire à la suite du désastre * Baisse du revenu à la suite du désastre * Endettement lié au désastre * Soudaineté du désastre et absence d'avertissement * Victimisation secondaire * Degré de dévastation de la communauté * Évacuation * Relocalisation dans un endroit non adéquat, trop coûteux, etc. * Insatisfaction face à l'aide reçue 	<ul style="list-style-type: none"> * Pertes de parents ou d'amis par décès ou fait d'avoir constaté des décès * Blessures ou constat de blessures chez les autres * Menace à sa vie ou crainte pour la vie des autres * Exposition à des situations traumatisantes (ne pouvoir s'échapper, être isolé, ne pouvoir communiquer, etc.) * Exposition directe (ex : avoir eu sa maison inondée) * Perte du domicile * Pertes matérielles et personnelles importantes * Changement d'école à la suite du désastre * Évacuation * Relocalisation dans un endroit ne répondant pas aux besoins

FACTEURS PRÉDISPOSANT AUX EFFETS NÉGATIFS SUR LA SANTÉ PHYSIQUE,
PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE DES INDIVIDUS AFFECTÉS PAR LES DÉSASTRES

<p>Autres facteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Fait d'avoir mal été diagnostiqué * Incapacité de recourir à l'aide, au soutien ou aux soins nécessaires * Perte de liens sociaux et de réseaux de soutien * Isolement géographique * Contact constant avec les dommages (ex. : personnes à la maison) 	

[245]

familiales après un désastre (Aguirre, 1980 ; Ollendick et Hoffman, 1982 ; Robins, 1986), d'autres ont observé des ruptures, des relations affectées, des conflits importants ou de la violence chez les populations étudiées (Adams et Adams, 1984 ; Erickson, 1976 ; Etcherling et al., 1988 ; Powell et Penick, 1983 ; Raphael, 1986). En regard des responsabilités parentales, il ressort que les familles monoparentales sont susceptibles d'éprouver plus de difficultés à la suite d'un désastre (Green et Lindy, 1994 ; Solomon et al., 1993). Les difficultés familiales risquent également d'être accentuées par les conséquences directes du sinistre telles la perte d'emploi, les problèmes financiers, les efforts consentis à la reconstruction, etc. (Crabbs et al., 1981).

Dans les suites immédiates d'un désastre, les individus voient également leur vie professionnelle et sociale affectée à divers degrés par la perte d'emploi, les difficultés rencontrées au travail, la diminution des activités sociales, la dégradation ou la perte de relations sociales, les difficultés financières et les bouleversements relatifs à la relocalisation (Crabbs et Black, 1984 ; Lifton et Olson, 1976 ; McDonnell et al., 1995 ; Nolen-Hoeksema et Morrow, 1991). Ces modifications risquent d'amplifier le stress et les symptômes psychologiques ressentis par les victimes ou de les induire (Powell et Penick, 1983 ; Tobin et Ollenburger, 1996), ou d'entraver leurs performances et leur motivation au travail (Baum et al., 1992). La vie scolaire des jeunes sinistrés est également sujette à des modifications négatives à la suite d'un sinistre (Newman, 1976 ; Shannon et al., 1994).

Lors d'un désastre ou dans ses suites immédiates, on remarque bien souvent un resserrement des liens communautaires (Aptekar, 1994 ; Baum, 1987, 1991 ; Kaniasty et Norris, 1995b ; Smith et al., 1979), mais la faiblesse de ces liens ou le manque de cohésion chez les membres de la collectivité contribue à accentuer les difficultés relatives à la gestion du désastre et au rétablissement (Baum, 1987, 1991 ; Golec, 1993 ; Green et [246] al., 1985a ; Quarantelli et Dynes, 1985 ; Warheit, 1985 ; Wolensky, 1983). Si plusieurs organismes et institutions offrent le soutien physique et matériel de base aux individus sinistrés, le soutien psychologique semble un aspect négligé par la

communauté (Aguilera et Planchon, 1995 ; Burkle, 1996 ; Murray Parkes, 1997a) en regard de la gestion d'un stress collectif (Drabek et Stephenson, 1971 ; Warheit, 1985).

[255]

Désastres et sinistrés. Essai.

Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

ABRAHAMAS, M.J., J. PRICE, F.A. WHITLOCK et G. WILLIAMS (1976). The Brisbane Floods, January 1974 : their Impact on Health, *Medical Journal of Australia*, special supplement on aboriginal health, 2 : 936-939.

ADAMS, P. R. et G.R. ADAMS (1984). Mount Saint Helene Ash-fall : Evidence for a Disaster Stress Reaction, *American Psychologist*, 39 : 252-260.

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

AGUIRRE, B.E. (1980). The Long-term Effects of Major Natural Disaster on Marriage and Divorce : an Ecological Study, *Victimology*, 5 : 298-307.

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

ALEXANDER, D.A. (1991). Natural Disasters : a Framework for Research and Teaching, *Disasters*, 15 (3) : 209-226.

ALLEN, R. D. et W. ROSSE (1998). *Children's Response to Exposure to Traumatic Events*, Natural Hazard Center, Quick Response Report n° 103.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Traduction française, Paris, Masson, 1056 p.

APTEKAR, L. (1994). The Psychology of Disaster Victims, in L. Aptekar, *Environmental Disasters in Global Perspectives*, New York, G.K. Hall & Co. : 79-126.

AUGER, C., S. LATOUR, M. TRUDEL et M. MARTIN (2000). L'état de stress post-traumatique : l'après-déluge au Saguenay, *Le médecin de famille canadien*, 46 : 2420-2427

AZARIAN, A.G. et V.G. SKRIPTCHENKO-GREGORIAN (1997). Traumatization and Stress in Children and Adolescents of Natural Disaster, in W.M. Thomas (Ed.), *Children of Trauma*, Madison (CT).

[256]

BANDOROFF, S., J. MCINTOSH, F.J. MONCHER, K. PEAVLER, R. ROTUNDA et J. SEBASTIAN (1993). Secondary Prevention : Implementation of a School-based Intervention Designed to Cope with the Effects of Hurricane Hugo, *Journal of Social Behavior and Personality*, 8 (5) : 321-332.

BARTON, A. H. (1969). *Communities in Disaster : a Sociological Analysis of Collective Stress Situations*, Doubleday & Cie Inc., New York, Anchor Books.

BASSETT, C.C. (1995). Post-traumatic Stress Disorder : Recognition and Management, *Professional Nurse*, 10 (11) : 709-710.

BAUM A., R. FLEMING et M.L. DAVIDSON (1983a). Natural Disaster and Technological Catastrophe, *Environment and Behavior*, 15 (3) : 333-354.

BAUM, A, 1. FLEMING, A. ISRAEL et M.K. O'KEEFE (1992). Symptoms of Chronic Stress Following a Natural Disaster and Reco-

very of a Man-made Hazard, *Environment and Behavior*, 24 (3) : 347-367.

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

BAUM, A. (1991). Toxins, Technology and Natural Disasters, in A. Monat et R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping - an Anthology*, third edition, New York, Columbia University Press : 97-139.

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

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

BECKER, F. (1977). *Housing Messages*, Pennsylvania, Dowden, Hutchison and Ross.

BELL, B.D. (1978). Disaster Impact and Response : the Thousand Natural Schocks, *Gerontologist*, 18 (6) : 531-540.

BELLEROSE, C. (ed.) (2000). *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

[257]

BELTER R.W et M.P. SHANNON (1993). Impact of Natural Disasters on Children and Families, in F.S. Conway (Ed.), *Children and Disasters*, South California, Charleston : 85-103.

BEN-ZUR, H. et M. ZEIDNER (1996). Gender Differences in Coping Reactions under Community Crisis and Daily Routine Conditions, *Personality and Individual Differences*, 20 (3) : 331-340.

BENEDEK, E.D. (1985). Children and Disaster, *Psychiatric Annals*, 15 (3) : 168-172.

BENIGHT, C.C. et M. L. HARPER (1997). *Buffalo Creek Fire and Flood Report*, Quick Reponse Report n° 96, Natural Hazards Center, 7 p.

BENNET, G. (1970). Bristol Floods 1968 : Controlled Survey of Effects on Health of Local Community Disaster, *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 3 : 454-458.

BERREN, M.R., A. BEIGEL et S. GHERTNER (1980). A Typology for the Classification of Disasters, *Community Mental Health Journal*, 16 (2) : 103-111.

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

BLAND, S. H., E.S. O'LEARY, E. FARINARO, F. JOSSA et M. TREVISAN (1996). Long-term Psychological Effects of Natural Disasters, *Psychosomatic Medicine*, 58 : 18-24.

BOATRIGT, C.J. (1985). Children as Victims of Disaster, in J. Laube et S.A. Murphy (Eds), *Perspectives on Disaster Recovery*, Norwalk, Connecticut, Appleton-Century-Crofts : 131-149.

BOLIN, R. (1976). Family Recovery from Natural Disaster : a Preliminary Model, in J. Nehnevajsa et E. Quarantelli (Eds.), *Mass Emergencies, an International Journal of Theory, Planning and Practice*, 1 (1975-76) : 267-277.

BOLIN, R. (1982). *Long-term Family Recovery from Disaster*, Colorado, Library of Congress.

BOLIN, R. (1985). Disaster Characteristics and Psychological Impacts, in B. Sowder (Ed.), *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, NIMH, Center for Mental Health Studies of Emergencies : 3-28.

[258]

BOLIN, R. (1989). Natural Disasters, in R. Gist et B. Lubin (Eds.), *Psychological Aspects of Disaster*, New York, Wiley : 61-85.

BOLIN, R. et D.J. KLENOW (1982-1983). Response of the Elderly to Disaster : an Age-stratified Analysis, *International Journal of Aging and Human Development*, 16 (4) : 283-296.

BOLIN, R. et L. STANFORD (1998). The Northridge Earthquake : Community-based Approaches to Unmet Recovery Needs, *Disasters*, 22 (1) : 21-38.

BOYCE, T.W., E.A. CHESTERMAN, N. MARTIN, S. FOLKMAN, F. COHEN et D. WARA (1993). Immunologic Changes Occuring at Kindergarten Entry Predict Respiratory Illnesses after the Loma Prieta Earthquake, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14 (5) : 296-303.

BRAVO, M. et al. (1990a). Methodological Aspects of Disaster Mental Health Research, *International Journal of Mental Health*, 19 (1) : 37-50.

BRAVO, M., M. RUBIO-STIPEC, G.J. CANINO, M.A. WOODBURY et J.C. RIBERA (1990b). The Psychological Sequale of Disaster Stress Prospectively and Retrospectively Evaluated, *American Journal of Community Psychology*, 18 : 661-680.

BRESLAU, N. et G.C. DAVIS (1987). Post-traumatic Stress Disorder : the Stressor Criterion, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 : 255-264.

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

BRESLAU, N., G.C. DAVIS, P. ANDERESKI et E. PETERSON (1991). Traumatic Events and Post-traumatic Stress Disorder in a Urban Population of Young Adults, *Archives of General Psychiatry*, 48 : 216-222.

BRETON, J.J., J.P. VALLA et J. LAMBERT (1993). Industrial Disaster and Mental Health of Children and their Parents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 32 (2) : 438-445.

BROMET, E. et M.A. DEW (1995). Review of Psychiatric Epidemiologic Research on Disasters, *Epidemiologic Reviews*, 17 (1) : 113-119.

BROMET, E.J. et L. DUNN (1981). Mental Health of Mothers Nine Months after the Three Mile Island Accident, *Urban and Social Change Review*, 14 : 12-15.

BROMET, E.J., D.K. PARKINSON, H.C. SCHULBER et al. (1980). *Three Mile Island : Mental Health Findings*. Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic and the University of Pittsburgh.

BRYANT, E.S. (1993). Correlates of Coping Strategies and Subsequent Life Events among Adolescents Exposed to Natural Disaster, *Dissertation Abstracts International*, 54 (4) : 2188-B.

BURGER, L., F. VAN STADEN et J. NIEUWOUDT (1989). The Free State Floods : a Case Study, *South African Journal of Psychology*, 19 (4) : 205-209.

BURKE, J.D., J.F. BORUS, B.J. BURNS, K.H. MILLSTEIN et M.C. BEASLEY (1982). Changes in Childrens' Behavior after a Natural Disaster, *American Journal of Psychiatry*, 139 (8) : 1010-1014.

BURKE, J.D., P. MOCCIA, J.F. BORUS et B.J. BURNS (1986). Emotional Distress in Fifth-grade Children Ten Months after a Natural Disaster, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 : 536-541.

BURKLE, F.M. (1996). Acute-phase Mental Health Consequences of Disasters : Implications for Triage and Emergency Medical Services, *Annals of Emergency Medicine*, 28 (2) : 119-128.

BURTON, I., R.W. KATES et G. F. WHITE (1978). *The Environment as Hazard*, New York, Oxford University Press.

CANINO, G., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEC et M. WOOBURY (1990). The Impact of Disaster on Mental Health : Prospective and Restrospective Analyses, *International Journal of Mental Health*, 19 (1) : 51-69.

CAOUILLE, É. (1995). *La relation au chez-soi des personnes âgées en résidences spécialisées et leur perception de l'image des centres d'accueil*, mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval, École d'architecture, Faculté d'architecture et d'aménagement.

CARDENA, E. et D. SPIEGEL (1993). Dissociative Reactions to the San Francisco Bay Area Earthquake of 1989, *American Journal of Psychiatry*, 150 (3) : 474-478.

CARLIER, I.V, et B.P. GERSONS (1995). Partial Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) : the Issue of Psychological Scars and the

Occurrence of PTSD Symptoms, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (2) : 107-109.

[260]

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

CARR, V.J. T.J. LEWIN, R.A. WEBSTER, P.L. HAZELL, J.A. KENARDY et G.L. CARTER (1995). Psychosocial Sequelae of the 1989 Newcastle Earthquake : 1. Community Disaster Experience and Psychological Morbidity 6 Months Post-disaster, *Psychological Medicine*, 25 : 539-555.

CARR, V.J., T.J. LEWIN, G.L. CARTER et R.A. WEBSTER (1992). Patterns of Service Utilisation following the 1989 Newcastle Earthquake : Findings from Phase I of the Quake Impact Study, *Australian Journal of Public Health*, 16 (4) : 360-369.

CASSISTY, D. et H. McDANIEL (1994). The Great Flood of 1993 and Head Start Program : a Partner in Recovery, *Children Today*, 22 (4) : 12-15.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1993a). Public Health Consequences of a Flood Disaster, *Journal of the American Medical Association*, 270 (12) : 1406-1408.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1993b), *Journal of the Medical Association, Morbidity and Mortality*, 270 (18) : 2164.

CHARBONNEAU, J., F.-R. OUELLETTE et S. GAUDET (2000). Les impacts psychosociaux de la tempête de verglas au Québec, *Santé mentale au Québec*, XXV (1) : 138-163.

CHARLTON, P.F.C. et J.A. THOMPSON (1996). Ways of Coping with Psychological Distress after Trauma, *British Journal of Clinical Psychology*, 35 : 517-530.

CHOMBART DE LOWE (1965). *Des hommes et des villes*, Paris, Payot.

CHURCH, J.S. (1974). The Buffalo Creek Disaster : Extent and Range of Emotional and/or Behavioral Problems, *Omega Logan-Mingo Area Mental Health Inc.*, 5 (1) : 61-63.

CLAYER, J.R., C. BOOKLESS-PRATZ et R. HARRIS (1985). Some Health Consequences of a Natural Disaster, *The Medical Journal of Australia*, 143 : 182-184.

COLLINS, D.L., A. BAUM et J.E. SINGER (1983). Coping with Chronic Stress at Three Mile Island : Psychological and Biochemical Evidence, *Health Psychology*, 2 (2) : 149-166.

[261]

COMMUNICABLE DISEASE CONTROL (1993). Flood Related Mortality, Missouri, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42 (48) : 941-943.

COMPAS, B. E. et J.E. EPPING (1993). Stress and Coping in Children and Families - Implications for Children Coping with Disaster, in F.S. Conway (Ed.), *Children and Disasters*, New York and London, Plenum Press : 11 -27.

COOK, J.D. (1993). A Structural Equation Model of Psychological Recovery among Flood Victims, *Dissertation Abstracts International*, 54 (1) : 487.

CÔTÉ, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques, *Santé mentale au Québec*, XXI (1) : 209-228.

CRABBS, M.A. et E. HEFFRON (1981). Loss Associated with Natural Disaster, *The Personnel and Guidance Journal*, 59 (6) : 378-382.

CRABBS, M.A. et K.U. BLACK (1984). Job Change following a Natural Disaster, *The Vocational Guidance Quarterly*, 32 (4) : 232-239.

DAVID, D., TA. MELLMAN, L.M. MENDOZA, R. KULICK-BELL, G. IRONSON et N. SCHNEIDERMAN (1996). Psychiatric Morbidity following Hurricane Andrew, *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3) : 607-612.

DAVIDSON, J., M. SWARTZ, M. STORCK, R.R. KRISHNAN et E. HAMMETT (1985). A Diagnostic and Family Study of Posttraumatic Stress Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 142 (1) : 90-93.

DEMAN, A. et P. SIMPSON-HOUSLEY (1987). Factors in Perception of Tornado Hazard : an Exploratory Study, *Social Behavior and Personality*, 15 (1) : 13-19.

DOLLINGER, J. (1986a). The Need for Meaning following Disaster : Attributions and Emotional Upset, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12 (3) : 300-310.

DOLLINGER, J. (1986b). The Measurement of Children's Sleep Disturbance and Somatic Complaints following a Disaster, *Child Psychiatry and Human Development*, Human Sciences Press, 16 (3) : 148-153.

DOLLINGER, S.J., J.P. O'DONNELL et A.A. STALEY (1984). Lightning-strike Disaster : Effects on Children's Fears and Worries, *Consulting and Clinical Psychology*, 52 :1028-1038.

[262]

DRABEK, T.E. et J.S. STEPHENSON (1971). When Disaster Strikes, *Journal of Applied Social Psychology*, 1 (2) : 187-203.

DRABEK, T.E. et W.M. KEY (1984). *Conquering Disaster : Family Recovery and Long-term Consequences*, New York, Irvington.

DRABEK, T.E., (1986). *Human System Responses to Disaster, an Inventory of Sociological Findings*, New York, Springer-Verlag.

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

DUNAL, C., M. GAVIRA, J. FLAHERTY et S. BIRZ (1985). Perceived Disruption and Psychological Distress among Flood Victims, *Journal of Operational Psychiatry*, 16 (2) : 9-16.

DURKIN, J.S., N. KHAN, L.L. DAVIDSON, S.S. ZAMAN et Z.A. STEIN (1993). The Effects of a Natural Disaster on Child Behavior : Evidence for Posttraumatic Stress, *American Journal of Public Health*, 83 (11) : 1549-1553.

DYNES, R.R. (1970). *Organized Behavior in Disaster*, Lexington, D.C. Heath and Company.

EARLS, I., E. SMITH, W. REICH et K.G. JUNO (1988). Investigating Psychopathological Consequences of a Disaster in Children : a Pilot Study Incorporating a Structured Diagnostic Interview, *Journal*

of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27 : 90-95.

ECHTERLING, L.G., C. BRADFIELD et M.L. WYLIE (1988). Responses of Urban and Rural Ministers to a Natural Disaster, *Journal of Rural Community Psychology*, 9, (1) : 36-46.

EDWARDS, G.C. (1976). Psychiatric Aspects of Civilian Disasters, *British Medical Journal*, 1 : 944-948.

EDWARDS, J. (1968). Research in Stress, Coping and Health : Theoretical and Methodological Issues, *Psychological Medicine*, 18 : 15-20.

ERANEN, L. et K. LIEBKIND (1993). Coping with Disaster - The Helping Behavior of Communities and Individuals, in J.P. Wilson et B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York and London, Plenum Press : 957-964.

[263]

ERICKSON, P.E., TE. DRABEK, W.H. KEY et J.L. CROWE (1976). Families in Disaster : Patterns of Recovery, *Mass Emergencies*, Elsevier Scientific Publishing Company, 1 : 203-216.

ESCOBAR, J. I., G.J. CANINO, M. RUBIO-STIPIEC et M. BRAVO (1992). Somatic Symptoms after a Natural Disaster : a Prospective Study, *American Journal of Psychiatry*, 149 : 965-967.

ETH, S. et R.S. PYNOOS (1985). Developmental Perspective on Psychic Trauma in Childhood, in C. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake*, New York, Brunner/Mazel : 36-52.

FAICH, G. et R. ROSE (1979). Blizzard Morbidity and Mortality : Rhode Island 1978, *American Journal of Public Health*, 69 : 1050-1052.

FAIRCHILD, T.J. et T. DENTON (1984). *Mental Health Services and Elderly Disaster Victims*, North Texas State University, Center for Studies in Aging.

FAIRCHILD, T.J., D.J. WHITE et T. DENTON (1981). *Organizational Response to Mental Health Needs of Elderly Disaster*, North Texas State University, Center for Studies in Aging.

FARBEROW, N.L. (1985). Mental Health Aspects of Disaster in Smaller Communities, *The American Journal of Social Psychiatry*, 4 : 43-55.

FAUPEL, C.E. et S.P. STYLES (1993). Disaster Education, Household Preparedness, and Stress Responses following Hurricane Hugo, *Environment and Behavior*, 25 (2) : 228-249.

FIELDS, R. B. (1996). Severe Stress and the Elderly - Are Older Adults at Increased Risk for Posttraumatic Stress Disorder ? , in P.E. Ruskin et J.A. Talbot (Eds.), *Aging and Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, DC & London, England, American Psychiatric Press, Inc. : 79-100.

FREDERICK, C.J. (1977). Current Thinking about Crisis on Psychological Intervention in United States Disasters, in *Mass Emergencies*, National Institute of Mental Health, 2 : 43-50.

FREEDY, J. R., D. L. SHAW, M. P. JARRELL et C. R. MASTERS (1992). Towards an Understanding of the Psychological Impact of Natural Disasters : an Application of the Conservation Resources Stress Model, *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3) : 441-454.

[264]

FREEDY, J.R., M.E. SALADIN, D.G. KILPATRICK, H.S. RESNICK et B.E. SAUNDERS (1994). Understanding Acute Psychological Distress following Natural Disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 7 (2) : 257-273.

FRIED, M. (1963). Grieving for a Lost Home, in L.J. Duhl (ed.), *The Urban Condition : People and Policy in the Metropolis*, New York, Basic Books : 151-171.

FRIEDMAN, J.J. et P.P. SCHNURR (1995). The Relationship between Trauma, Post-traumatic Stress Disorder, and Physical Health, in M.J. Friedman, D.S. Charney et A.Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress : from Normal Adaptation to Post-traumatic Stress Disorder*, Philadelphia, Lippincott-Raven : 507-524.

GARRISON, C.Z, E.S. BRYANT, C.L. ADDY, P.G. SPURRIER, J.R. FREEDY et D.G. KILPATRICK (1995). Posttraumatic Stress

Disorder in Adolescents after Hurricane Andrew, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (9) : 1193-1201.

GARRISON, C.Z, M.W. WEINRICH, S.B. HARDIN, S. WEINRICH et L. WANG (1993). Post-traumatic Stress Disorder in Adolescents after a Hurricane, *American Journal of Epidemiology*, 138 (7) : 522-530.

GIBBS, M.S. (1989). Factors in the Victim that Mediate between Disaster and Psychopathology : a Review, *Journal of Traumatic Stress*, 2 (4) : 489-514.

GLASS, R.I., P. O'HARE et J.L. CONRAD (1979). Health Consequences of the Snow Disaster in Massachusetts, February 6, 1978, *American Journal of Public Health*, 69 : 1047-1049.

GLENN, C. (1979). Natural Disasters and Human Behavior : Explanation Research and Models, *Psychology : a Journal of Human Behavior*, 16 (2) : 23-36.

GLESER, G.C., B.L. GREEN et C. WINGET (1981). *Prolonged Psychosocial Effects of a Disaster : a Study of Buffalo Creek*, New York Academic Press.

GOENJIAN, A.K., L.M. NAJARIAN, R.S. PYNOOS, A.M. STEINBERG et al. (1994). Posttraumatic Stress Disorder in Elderly and Younger Adults after the 1988 Earthquake in Armenia, *American Journal of Psychiatry*, 151 (6) : 891-901.

[265]

GOENJIAN, A.K., R.S. PYNOOS, A.M. STEINBERG et al. (1995). Psychiatric Comorbidity in Children after the 1988 Earthquake in Armenia, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (9) :1174-1184.

GOLEC, J.A. (1983). A Contextual Approach to the Social Psychological Study of Disaster Recovery, *Journal of Mass Emergency and Disasters*, 1 : 255-276.

GOLLANT, S. (1984). *A Place to Grow Old : the Meaning of Environment in Old Age*, New York, Columbia University Press, 421 p.

GORDON, R. et R. WRAITH (1993). Responses of Children and Adolescents to Disaster, in J.P. Wilson et B. Raphael (Eds.), *Interna-*

tional Handbook of Traumatic Stress Syndromes, New York and London, Plenum Press : 561-575.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1993). *Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre*, 1er mars, P-38.1.

GREEN B.L., M.C. GRACE et G.C. GLESER (1985b). Identifying Survivors at Risk : Long-term Impairment following the Beverly Hills Supper Club Fire, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 : 672-678.

GREEN, B.L. (1994). Traumatic Stress and Disaster : Mental Health Effects and Factors Influencing Adaptation, in F. Liehmac et C. Nadelson (Eds.), *International Review of Psychiatry*, vol. 11, Washington, DC, American Psychiatric Press.

GREEN, B.L. et J.D. LINDY (1994). Post-traumatic Stress Disorder in Victims of Disasters, *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2) : 301-309.

GREEN, B.L. et S.D. SOLOMON (1995). *The Mental Health Impact of Natural and Technological Disasters*, in *Traumatic Stress, from Theory to Practice*. New York, Plenum Press, chapter 7 : 163-180.

GREEN, B.L., (1982). Assessing Levels of Psychological Impairment following Disaster. Consideration of Actual and Methodological Dimensions, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 17 : 544-552.

GREEN, B.L., G.C. GLESER, J.C. LINDY, M.C. GRACE et A. LEONARD (1996). Age-related Reactions to the Buffalo Creek Dam Collapse. Effects in the Second Decade, in P.E. Ruskin et J.A. Talbott (Eds.), *Aging and Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, DC & London, England, American Psychiatric Press, Inc. : 101-125.

[266]

GREEN, B.L., J.D. LINDY, M.C. GRACE et A.C. LEONARD (1992). Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Diagnostic Comorbidity in a Disaster Sample, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (12) : 760-766.

GREEN, B.L., J.D. LINDY, M.C. GRACE, G.C. GLESER, M. KOROL et C. WINGET (1990). Buffalo Creek Survivors in the Se-

cond Decade : Stability of Stress Symptoms, *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (1) : 43-54.

GREEN, B.L., J.P. WILSON et J.D. LINDY (1985a). Conceptualizing Posttraumatic Stress Disorder : a Psychosocial Framework, in C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake. Volume I : The Study and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, New York, Brunner/Mazel : 53-69.

GREEN, B.L., M. KOROL, M.C. GRACE, M.G. VARY, A.C. LEONARD, G.C. GLESER et S. SMITSON-COHEN (1991). Children and Disaster : Age, Gender, and Parental Affects on PTSD Symptoms, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 : 945- 951.

GREEN, B.L., M.C. GRACE, J. D. LINDY *et al.* (1983). Levels of Functional Impairment following a Civilian Disaster : The Beverly Hills Supper Club Fire, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 : 573-580.

GREEN, B.L., M.C. GRACE, J.D. LINDY, G.C. GLESER, A.C. LEONARD et T.L. KRAMER (1990b). Buffalo Creek Survivors in the Second Decade : Comparaison with Non Exposed and Non Liti-gant Groups, *Journal of Applied Social Psychology*, 20 : 1033-1050.

GREEN, B.L., M.C. GRACE, M.G. VARY *et al.* (1994). Children of Disaster in the Second Decade : a 17-year Follow-up of Buffalo Creek Survivors, *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (1) : 71-79.

GRUNFELD (1970). *Habitat and Habitation : a Pilot Study*, serie-uitgave, Amsterdam, van de University van, hit sociologisch instituut.

GUARNACCIA, P.J., G. CANINO, m. RUBIO-STIPEC et m. BRAVO (1993). The Prevalence of Ataques de Nervios in the Puerto Rico Disaster Study : the Role of Culture in Psychiatric Epidemiology, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (3) : 157-165.

HAAS, E., P. B. TRAINER, M.J. BOWDEN et R. BOLIN (1977). Reconstruction Issues in Perspectives, in E. Haas, R.W. Kates et M. Bowden, *Reconstruction following Disaster*, Cambridge, The MIT Press : 26-69.

[267]

HAGSTROM, R. (1995). The Acute Psychological Impact on Survivors following a Train Accident, *Journal of Traumatic Stress*, 8 (3) : 391-402.

HALL, S. et P.W. LANDRETH (1975). Assessing Long-term Consequences of Natural Disaster, *Mass Emergencies*, 1 : 55-61.

HANDFORD, H.A., S.D. MAYES, R.E. MATTISON, F.J. HUMPHREY, S. BAGNATO, E.O. BIXLER et J.D. KALES (1986). Child and Parent Reaction to the Three Mile Island Nuclear Accident, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 : 346-356.

HANSSON, R.O.D. NOULLES et S.J. BELLOVICH (1982). Knowledge, Warning and Stress : a Study of Comparative Roles in an Urban Flood-plain, *Environment and Behavior*, 14 :171-185.

HARDIN, S.B., M. WEINRICH, S. WEINRICH, T.L. HARDIN et C. GARRISON (1994). Psychological Distress of Adolescents Exposed to Hurricane Hugo, *Journal of Traumatic Stress*, 7 : 427-440.

HARGROVE, D.S. (1986). Rural Community Psychology and the Farm Foreclosure Crisis, *Journal of Rural Community Psychology*, 7 (2) : 16-26.

HARTSOUGH, D.M. (1985). Measurement of the Psychological Effects of Disaster, in J. Laube et S.A. Murphy (Eds.), *Perspectives on Disaster Recovery*, Norwalk, CT : Appleton-Century-Crofts : 20-60.

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

HELBURN, N. (1982). Severe Winter Storms as Natural Hazards, *Great Plains-Rocky Mountain Geographical Journal*, 10 (1) : 86-95.

HELZER, J.E., L.N. ROBINS et L. McEvoy (1987). Post-traumatic Stress Disorder in the General Population, *The New England Journal of Medicine*, 317 : 1630-1634.

HOBFOLL, S.E., S. BRIGGS et J. WELLS (1995). Community Stress and Resources : Action and Reactions, in S.E. Hobfoll et M.W. de Vries (Eds.), *Extreme Stress and Communities : Impact and Interventions*, Netherlands, Kluwer Academic Publishers : 137-158.

HODGKINSON, P. (1989). Technological Disaster Survival and Bereavement, *Social Sciences Medicine*, 29 (3) : 351-356.

[268]

HOROWITZ, M.J., (1986). Stress-response Syndromes : a Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders, *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (3) : 241-249.

HOUSE OF REPRESENTATIVES WASHINGTON, D.C. (1984). *Deadly Cold : Health Hazards due to Cold Weather*, House of Representatives, 98th Congress, Second Session, Hearing before the Subcommittee on Health and Longterm Care of the Select Committee on Aging.

HOUSTON, B.K. (1987). Stress and Coping, in C. R. Snyder et C. E. Ford (Eds.), *Coping with Negative Life Events : Clinical and Social Psychological Perspectives*, New York : 373-399.

HOVANITZ, C.A. (1993). Physical Health Risks Associated with Aftermath of Disaster : Basic Paths of Influence and their Implications for Preventive Intervention, *Journal of Social Behavior and Personality*, 8 : 213-254.

HOVINGTON, C., G. LALANDE, D. MALTAIS et L. LACHANCE (2000). *Les effets différentiels et communs des inondations de juillet 1996 sur la santé psychologique des personnes âgées et des adultes*, Ottawa, Forum 2000 - Réseau canadien de stress traumatique, 26 au 31 mai.

HOWARD, M.J. et al. (1996). Infections Disease Emergencies in Disasters, *Emergency Medicine Clinics of North America*, 14 (2) : 415-418.

HOWELL, S. (1985) Home : a Source of Meaning in Elder's Lives, in *Generations Summer* : 58-60.

HUERTA, F. et R. HORTON (1978). Coping Behavior of Elderly Flood Victims, *The Gerontologist*, 18 : 541-546.

HURST, J.L. (1980). Psychological Effects of Exposure to Natural Disaster, *Dissertation Abstracts International*, 42 (01) : 375-B.

HUTCHINS, G.L. et F.H. NORRIS (1989). Life Change in the Disaster Recovery Period, *Environment and Behavior*, 21 (1) : 33-56.

HYMAN, I. (1997). Post-traumatic Stress Disorder in the Elderly, in D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendris et G. Mezey (Eds.), *Psychological Trauma -A Developmental Approach*, Gaskell : 199-204.

INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL (1999). Un an après la crise du verglas, les fruits de la prévention, numéro spécial, *Prévention au travail*, hiver 1999, 12 (1).

[269]

JANERICH, D.T., A.D. STARK, P. GREENWALL, W.S. BURNETT, H.T. JACOBSON et J. McCUSHER (1981). Increased Leukemia, Lymphoma and Spontaneous Abortion in Western New York following a Flood Disaster, *Public Health Reports*, 96 : 350-356.

JANNEY, J.G., M. MASUDA et T.H. HOLMES (1977). Impact of a Natural Catastrophe on Life Events, *Journal of Human Stress*, 3 (2) : 22-23, 26-34.

JENEY-GAMMON, P., T.K. DAUGHERTY, A.J. FINCH JR., R.W. BELTER et K.Y. FOSTER (1993). Children's Coping Styles and Report of Depressive Symptoms following a Natural Disaster, *The Journal of Genetic Psychology*, 154 (2) : 259-267.

JONES, R.T., D.P. RIBBE et P. CUNNINGHAM (1994). Psychological Correlates of Fire Disaster among Children and Adolescents, *Journal of Traumatic Stress*, 7 (1) :117-122.

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

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

KANIASTY, K. et F.H. NORRIS (1995a). *Mobilisation and Deterioration of Social Support following Natural Disaster*, American Psychological Society, Cambridge University Press.

KANIASTY, K. et F.H. NORRIS (1995b). In Search of Altruistic Community : Patterns of Social Support Mobilization following Hur-

ricane Hugo, *American Journal of Community Psychology*, 23 (4) : 447-477.

KANIASTY, K.Z. (1991). Social Support as a Mediator of Stress following Natural Disaster : a Test of a Social Support Deterioration Model Using Measures of Kin Support, Non Kin Support and Social Embeddedness, *Dissertation Abstracts International*, 52 (6) : 3342.

KANIASTY, K.Z. et F.H. NORRIS (1993). A Test of the Social Support Deterioration Model in the Contexte of Natural Disaster, *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, (3) : 395-408.

KANIASTY, K.Z., F.H. NORRIS et S.A. MURRELL (1990). Received and Perceived Social Support following Natural Disaster, *Journal of Applied Social Psychology*, 20 : 85-114.

[270]

KATES, R.W. et D. PIJAWKA (1977). From Rubble to Monument : the Pace of Reconstruction, in J.E. Haas, R.W. Kates et M.J. Bowden (Eds.), *Reconstruction following Disasters*, Cambridge, MA, MIT Press : 1-23.

KATO, H., N. ASUKI, Y. MIYAKE, K. MINAKAWA et A. NISHIYAMA (1996). Posttraumatic Symptoms among Younger and Elderly Evacuees in the Early Stages following the 1995 Hanshin-Awaji Earthquake in Japan, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (6) : 477-481.

KENT D. D. et R.A. FRANCIS (1995). *Psychophysiological Indicators of PTSD following Hurricane Iniki : the Multi-sensoty Interview*, Quick Response Report n° 77, Natural Hazards Center, 7 p.

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

KILIJANEK, T.S. et T.E. DRABEK (1979). Assessing Long-term Impacts of a Natural Disaster : a Focus on the Elderly, *Gerontologist*, 19 (6) : 555-566.

KINSTON, W. et R. ROSSER (1974). Disaster : Effects on Mental and Physical State, *Journal of Psychosomatic Research*, 18 : 437-456.

KOOPMAN, C., C. CLASSEN et D. SPIEGEL (1994). Predictors of Post-traumatic Stress Symptoms among Survivors of the Oa-

kland/Berkely, California, Firestorm, *American Journal of Psychiatry*, 151 : 888-894.

KOZLOVSKAIA, G.V, V.M. BASHINA, A.V. GORIIUNOVA, I.P. KIREEVA, E.V. NOVIKOVA et V. SKOBLO (1991). The Effect of the Earthquake in Armenia on the Mental Health of the Juvenile Population of the Affected Area, *Soviet Neurology and Psychiatry*, 24 (3) : 11-23.

KRAUSE, N. (1987). Exploring the Impact of a Natural Disaster on the Health and Well-being of Older Adults, *Journal of Human Stress*, Summer : 61-69.

KRUG, E. et al. (1998). Suicide after Natural Disaster, *The New England Journal of Medicine*, 338 (6) : 373-378.

LACHANCE, K.R., A.B. SANTOS et B.J. BURNS (1994). Brief Program Report. The Response of an Assertive Community Treatment Program following a Natural Disaster, *Community Mental Health Journal*, 30 (5) : 505-515.

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

[271]

LAGRECA, A.M., E.M. VERNBERG, W.K. SILVERMAN et M.J. PRINSTEIN (1996a). Symptoms of Posttraumatic Stress in Children after Hurricane Andrew : a Prospective Study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (4) : 712-723.

LAGRECA, A.M., E.M. VERNBERG, W.K. SILVERMAN, A.L. VOGEL et M.J. PRINSTEIN (1996b). *Helping Children Prepare for and Cope with Natural Disasters : a Manual for Professionals Working with Elementary School Children*, third edition, University of Miami & Florida International University, Departments of Psychology.

LALANDE, G., D. MALTAIS et S. ROBICHAUD (2000). Les sinistrés des inondations de 1996 au Saguenay : problèmes vécus et séquelles psychologiques, *Santé mentale au Québec*, XXV, (1) : 95-116.

LAROCHE, G. (1998). *L'éveil du milieu*, in *Une région dans la turbulence*, sous la direction de M.-U. Proulx, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec : 101-115.

LAUBE, J.L. et S.A. MURPHY (1985). *Perspectives on Disaster Recovery*, Norwalk, Conn., Appleton-Century Crofts.

LAWRENCE, R.J. (1987). What Makes a House a Home ?, *Environment and Behavior*, 19 (2), mars, Sage publications Inc. : 154-168.

LAZARUS, R. et J. COHEN (1977). Environmental Stress, in 1. Altman et J. Wohlwill (Eds), *Human Behavior and Environment Current Theory and Research*, New York, Plenum : 89-127.

LAZARUS, R.S. (1980). The Stress and Coping Paradigm, in C. Eisdorfer, A. Cohen, A. Kleinman et P. Maxim (Eds), *Theoretical Basis for Psychopathology*, New York, Spectrum : 1-61.

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

LE JOURNAL DE QUÉBEC (1999). 52,850 victimes de catastrophes naturelles en 1998, mercredi, 7 juillet : 23.

LECHAT, M.F. (1979). Disasters and Public Health, *Bulletin of Public Health of World Organisation*, 59 : 11-17.

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

[272]

LIFTON R.J. et E. OLSON (1976). *The Human Meaning of Total Disaster*, the Buffalo Creek Experience, *Psychiatry*, 39 : 1-18.

LIMA, B., H. SANTACRUS, J. LOSANO, J. LUNA et S. PAI (1987). Mental Health Problem of Disaster victims. The Psychological Consequences of Life-threatening Experiences Conference, New-Odeans, 18 au 22 octobre 1987, 21 p.

LIMA, B.R., H. CHAVEZ, N. SAMANIEGO, M.S. POMPEI, S. PAI, H. SANTACRUZ et J. LOZANO (1989). Disaster Severity and Emotional Disturbance : Implications for Primary Mental Health Care in Developing Countries, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79 : 74-82.

LIMA, B.R., S. PAI, J. LOZANO et H. SANTACRUZ (1990). The Stability of Emotional Symptoms among Disaster Victims in a Developing Country, *Journal of Traumatic Stress*, 3 : 497-506.

LIMA, B.R., S. PAI, V. TOLEDO, L. CARIS, J.M. HARO, J. LOZANO et H. SANTACRUZ (1993). Emotional Distress in Disaster

Victims - a Follow-up Study, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (6) : 388-393.

LIN, N., R.S. SIMONE. W.M. ENSEL et al., (1979). Social Support, Stressful Events, and Illness : a Model and an Empirical Test, *Journal of Health and Social Behavior*, 20 : 108-119.

LINDSTROM, J.P. (1986). The Effects of Natural Disaster on Children : a School-based Follow-up, *Dissertation Abstracts International*, 47, (08) : 2960-A.

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

LIVINGSTON, H.M., M.G. LIVINGSTON et S. FELL (1996). The Lockerbie Disaster : a 3-year Follow-up of Elderly Victims, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (12) : 989-994.

LIVINGSTON, H.M., M.G. LIVINGSTON, D.N. BROOKS et WW. MCKINLAY (1992). Elderly Survivors of the Lockerbie Air Disaster, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7 (10) : 725-729.

LOGUE J. N. et H. HANSEN (1980). A Case-control Study of Hypertensive Women in a Post-disaster Community : Wyoming Valley, Pennsylvania, *Journal of Human Stress*, 6 : 28-34.

[273]

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

LOGUE, J.N., H. HANSEN et F. STRUENING (1981). Some Indicators of the Long-term Health Effects of a Natural Disaster, *Public Health Report*, 96 : 67-79.

LOGUE, J.N., M. MELICK et E.L. STRUENING (1981a). A Study of Health and Mental Health Status following a Major Natural Disaster, *Research in Community and Mental Health*, 2 : 217-274.

LONIGAN, C.J. et al. (1994). Children Exposed to Disaster : Risk Factors for the Development of Post-traumatic Symptomatology, *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (1) : 94-105.

LONIGAN, C.J., M.P. SHANNON, A.J. FINCH, T.K. DAUGHERTY et C.M. TAYLOR (1991). Children's Reactions to a Natural Disaster : Symptom Severity and Degree of Exposure, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 13 : 135-154.

LUTGENDORF, S.K., M.H. ANTONI, G. IRONSON, M.A. FLETCHER, F. PENEDO, A. BAUM, N. SCHNEIDERMAN et N. KLIMAS (1995). Physical Symptoms of Chronic Fatigue Syndrome Are Exacerbated by the Stress of Hurricane Andrew, *Psychosomatic Medicine*, 57 : 310-323.

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

LYSTAD, M. (1984). Children's Responses to Disaster : Family Implications, *International Journal of Family Psychiatry*, 5 (1) : 41-48.

LYSTAD, M. (1988). *Mental Health Response to Mass Emergencies - Theory and Practice*, Brunner/Mazel Publishers, New York.

MADAKASIRA S. et K.F. O'BRIEN (1987). Acute Post-traumatic Stress Disorder in Victims of a Natural Disaster, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 : 286-290.

MAJ, M., F. STARACE, P. CREPET, S. LOBRACE, F. VELITRO, F. DE MARCO et D. KEMALI (1989). Prevalence of Psychiatric Disorders among Subjects Exposed to a Natural Disaster, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79 : 544-549.

[274]

MALTAIS, D., C. LALONDE, C. BELLEROSE, S. ROBICHAUD, A. SIMARD, A. LEBEAU et R. MAYER (2000). Les conséquences de la tempête de verglas sur la santé des individus, des intervenants et des communautés : rapport synthèse, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi.

MALTAIS, D., L. LACHANCE, C. FORTIN et A. BRASSARD (2000). *Soutien social perçu et reçu et état de santé post-désastre*, Montréal, Conference of the International Federation of Social Workers and the International Association of schools of social work, 29 juillet au 2 août.

MALTAIS, D., L. LACHANCE, M. FORTIN, S. ROBICHAUD, C. FORTIN et A. SIMARD (2000). L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996 : étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés, *Santé mentale au Québec*, XXV (1) : 116-138.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (sous presse). Conséquences des inondations de juillet 1996 sur la conception du chez-soi et la santé biopsychosociale des préretraités et retraités, *Revue canadienne du vieillissement*, 20 (2001).

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (1999). *Le sinistre de juillet 1996 au Saguenay : conséquences sur la redéfinition de l'habitat*, rapport de recherche remis à la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Université du Québec à Chicoutimi, janvier.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2000). *Les conséquences de la tempête de verglas sur la santé biopsychosociale des sinistrés (familles, personnes âgées et agriculteurs) en fonction du mode d'habitation*, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2000). Redéfinition de l'habitat et santé mentale des sinistrés suite à une inondation, *Santé mentale au Québec*, XXV (1) : 74-95.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD, G. LALANDE et A. SIMARD (1998). De la stupeur à l'adaptation : le long parcours des sinistrés, in M.-U. Proulx, *Une région dans la turbulence*, Québec, Presses de l'Université du Québec : 129-151.

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

MARTEL, C. (1999). *Rocky Mountain Region Disaster Mental Health Conférence*, Spicilège, résumé de la conférence tenue du 11 au 14 février 1999 à Laramie sous l'égide de l'Université du Wyoming.

[275]

MCDONNELL, S., R.P. TROIANO, N. BARKER, E. NOJI, G.W. HLADY et R. HOPKINS (1995). Long-term Effects of Hurricane Andrew : Revisiting Mental Health Indicators, *Disasters : the Journal of Disaster Studies and Management*, 19 (3) : 235-246.

MCDUGALL HERL, T.K. (1992). Finding Light at the End of the Funnel : Working with Child Survivors of the Andover Tornado, *Art Therapy, Journal of the American Art Therapy Association*, 9 (1) : 42-47.

McFARLANE, A.C. (1989a). The Prevention and Management of the Psychiatric Morbidity of Natural Disasters : an Australian Experience, *Stress Medecine*, 5 : 29-36.

McFARLANE, A.C. (1989b). The AEtiology of Post-traumatic Morbidity : Predisposing, Precipitating and Perpetuating Factors, *British Journal of Psychiatry*, 154 : 221-228.

McFARLANE, A.C. (1987). Family Functioning and Overprotection following a Natural Disaster. The Longitudinal Effects of Post-traumatic Morbidity, *Journal of Psychiatry*, 21 : 210-218.

McFARLANE, A.C. et G. DEGIROLAMO (1996). The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reaction, in B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane et L. Weisaeth, *Traumatic Stress, the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, The Guilford Press, chapter 7 : 129-154.

McFARLANE, A.C. et P. PAPAY (1992). Multiple Diagnosis in Posttraumatic Stress Disorder in the Victims of a Natural Disaster, *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180 (9) : 498-504.

McFARLANE, A.C., M. ATCHISON, E. RAFALOWICZ et P. PAPAY (1994). Physical Symptoms in Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Psychosomatic Research*, 38 : 715-726.

MEICHENBAUM, D. (1994). *A Clinical Handbook/practical Therapist Manuel*, Waterloo, Institute Press.

MEICHENBAUM, D. (1995). Disasters, Stress and Cognition, in S. E. Hobfoll et M.W. de Vries (Eds.), *Extreme Stress and Communities : Impact and Intervention*, Dordrecht, The Netherlands, Kluwer Academic Publishers : 33-61.

MELICK, M.E. (1985). The Health of Postdisaster Population : a Review of Literature and Case Study, in J.L. Laube et S.A. Murphy (Eds), *Perspective on Disaster Recovery*, Norwalk, Conn. : 179-209.

MELICK, M.E., J.N. LOGUE et C.J. FREDERICK (1982). Stress and Disaster, in L. Goldberg et S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects* : 613-630.

MELLMAN, T.A., D. DAVID, R. KULICK-BELL, J. HEBDING et B. NOLAN (1995). Sleep Disturbance and its Relationship to Psychiatry Morbidity after Hurricane Andrew, *American Journal of Psychiatry*, 152 (11) :1659-1663.

MESA, A.M. (1999). La santé publique de la Montérégie-Au service des travailleurs, *Revue de la Protection civile*, 12 (1) : 15-16.

MILLER, J., J. TURNER et E. KIMBALL (1981). Big Thompson Flood Victims : One Year Later, *Family Relations*, 30 : 111-116.

MILLER, J.G. (1971). A Theoretical Review of Individual and Group Psychological Reactions to Stress, in G.H. Grosser, H. Wechsler et M. Greenblatt (Eds.), *The Threat of Impending : Contributions to the Psychology of Stress*, Cambridge, MIT Press : 11 -33.

MILLER, T.W., R.F. KRAUS, A.S. TATEVOSYAN et P. KAMENCHENKO (1993). *Child Psychiatry and Human Development*, 24 (2) : 115-123.

MILNES, G. (1977). Cyclone Tracy : 1. Some Consequences of the Evacuation of Adult Victims, *Australian Psychologist*, 12 : 39-54.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Comment intervenir auprès des personnes sinistrées*, Gouvernement du Québec, Direction générale de la coordination générale, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). Informations générales sur divers types de sinistres naturels ou technologiques, Gouvernement du Québec, Direction générale de la coordination régionale, 40 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence, cahier de participation*, Gouvernement du Québec, Direction de la formation et du développement.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2000). *Les pluies diluviennes des 19 et 20 juillet 1996 dans plusieurs régions du Qué-*

bec : bilan de l'assistance financière, Gouvernement du Québec, Direction générale de la sécurité civile et de la sécurité des incendies.

[277]

MODLIN, H.L. (1967). The Postaccident Anxiety Syndrome : Psychological Aspect, *American Journal of Psychology*, 123 : 1008-1012.

MORGAN, I.A., G. MATTHEWS et M. WINTON (1995). Coping and Personality as Predictors of Post-traumatic Intrusions, Numbing, Avoidance and General Distress : a Study of the Perth Floods, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23 : 251-264.

MORIN, R., F. DANSEREAU et D. NADEAU (1990). *L'habitation sociale : synthèse de la littérature*, Montréal, INRS-Urbanisation, 120 p.

MURBURG, M. et M.E. McFALL (1992). PTSD Research Activities at the Seattle v.a. Medical Center, *PTSD Research Quarterly*, Winter : 8.

MURPHY, S.A. (1988a). Mental Distress and Recovery in High-risk Bereavement Sample Three Years after Untimely Death, *Nursing Research*, 37 (1) : 30-35.

MURPHY, S.A. (1988b). Mediating Effects of Intrapersonal and Social Support on Mental Health 1 and 3 Years after a Natural Disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 1 (2) : 155-172.

MURPHY, S.A. (1986). Perceptions of Stress, Coping and Recovery One and Three Years after a Natural Disaster, *Issues in Mental Health Nursing*, 8 : 67-77.

MURRAY PARKES, C. (1997a) A Typology of Disasters, in D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendris et G. Mezey (Eds.), *Psychological Trauma - A Developmental Approach*, Gaskell : 81-93.

MYERS, D. (1999). *Disaster Response and Recovery : a Handbook for Mental Health Professionals*, National Center for Post-traumatic Stress Disorder. (Adresse électronique : <http://www.empowermentzone.com/disaster.txt>)

NAJARIAN, L.M., A.K. GOENJIAN, D. PELCOVITZ, F.S. MANDEL et B. NAJARIAN (1996). Relocation after a Disaster : Posttraumatic Stress Disorder in Armenia after the Earthquake, *Jour-*

nal of the American Academy of Child and Adolescent, 35 (3) : 374-383.

NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY (1998). *Les catastrophes naturelles en Amérique du Nord*, carte produite pour le National Geographic Magazine.

[278]

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, (1995). *Anxiety Disorders, Posttraumatic Stress Disorder*, NIH publication n° 95-3879, non paginé.

NEWMAN, C.S. (1976). *Children of Disaster : Clinical Observations at Buffalo Creek*, *American Journal of Psychiatry*, 133 : 306-312.

NICOLET, R. et coll. (1999). *La sécurité civile : études sectorielles du rapport de la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998*, Sainte-Foy, Publications du Québec, 362 p.

NICOLET, R. et coll. (1999). *Les impacts sociaux, économiques et environnementaux : études sectorielles du rapport de la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998*, Sainte-Foy, Publications du Québec, 362 p.

NOLEN-HOEKSEMA, S., et L. MORROW (1991). *A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster : The 1989 Loma Pietra Earthquake*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1) : 115-121.

NORRIS, F.H. (1990). *Screening for Traumatic Stress : a Scale for Use in the General Population*, *Journal of Applied Psychology*, 20 : 1704-1718.

NORRIS, F. H. (1992). *Epidemiology of Trauma : Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (3) : 409-418.

NORRIS, F.H. et G.A. UHI (1993). *Chronic Stress as a Mediator of Acute Stress : the Case of Hurricane Hugo*, *Journal of Applied Social Psychology*, 23 (16) : 1263-1284.

NORRIS, F.H. et K.Z. KANIASTY (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress : a Test of the Social Support Deterioration Deterrence Model, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (3) : 498-511.

NORRIS, F.H. et S.A. MURRELL (1988). Prior Experience as a Moderator of Disaster Impact on Anxiety Symptoms in Older Adults, *American Journal of Community Psychology*, 16 : 665-683.

NORRIS, F.H., J.F. PHIFER et K. KANIASTY (1994). Individual and Community Reactions to the Kentucky Floods : Findings from a Longitudinal Study of

[279]

Older Adults, in R.J. Ursano, B.G. McCaughey et C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster : the Structure of Human Chaos*, Cambridge University Press : 378-400.

NORTH, C.S. et E.M. SMITH (1990). Conspectus : Post-traumatic Stress Disorder in Disaster Survivors, *Comprehensive Therapy*, 16 (12) : 3-9.

NORTH, C.S., E.M. SMITH, R.E. MCCOOL et P.E. LIGHTCAP (1989). Acute Postdisaster Coping Adjustment, *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3) : 353-360.

O'MALLEY, C.O. (1978). Resistance-compliance Behavior in Response to Natural Disaster, *Dissertation Abstract International*, 39 : 2574-B.

OLLENDICK, G. et M. HOFFMAN (1982). Assessment of Psychological Reactions in Disaster Victims, *Journal of Community Psychology*, 10 : 157-167.

OLSON, L. (1993). After the Flood : the Dripping Faucet Syndrome, Iowa Medecine : *Journal of the Iowa Medical Association*, 83 (9) : 324-328.

OMER, H. et N. ALON (1994). The Continuity Principle : a Unified Approach to Disaster and Trauma, *American Journal of Community Psychology*, 22 (2) : 273-287.

PALMER, E.L. (1980). Student Reactions to Disaster, *American Journal of Nursing*, 80 : 680-682.

PARKER, G. (1977). Cyclone Tracy and Darwin Evacuees : on the Restoration of the Species, *British Journal of Psychiatry*, 130 : 548-555.

PARKER, J., H. WATTS et M.R. ALLSOPP (1995). Post-traumatic Stress Symptoms in Children and Parents following a School-based Fatality, *Child Care, Health and Development*, 21 (3) : 183-189.

PARTICIPANTS READING (1992). *Critical Incident Stress Management*, chapter 9, Cornwall, Ontario, Interdepartmental Training Institute, December 7-11 : 2-8.

PENICK, E., B.J. POWELL et W.A. SIECK (1976). Mental Health Problems and Natural Disaster : Tornado Victims, *Journal of Community Psychology*, 4 : 64-68.

PERLOFF, L. (1987). Social Comparison and Illusions of Invulnerability to Negative Life Events, in C.R. Snyder et C.E. Ford (Eds.), *Coping with Negative Life Events : Clinical and Social Psychological Perspectives*, New York, Plenum : 217-242.

[280]

PERRY, R. et M.K. LINDELL (1978). The Psychological Consequences of Natural Disaster : a Review of Research on American Studies, *Mass Emergencies*, 3 : 105-115.

PERRY, R.W. (1985). Social Psychology in Emergency Management, in *Comprehensive Emergency Management : Evacuating Threatened Populations*, Greenwich, Conn., JAI Press : 95-116.

PERRY, S., E. SILBER et D. BLACK (1956). *The Child and His Family in Disasters : a Study of the 1953 Vicksburg Tornado*, Washington, DC, National Academy of Sciences - National Research Council, Publication n° 394, Committee on Disaster Studies, report n° 5.

PEULER, J.N. (1988). Community Outreach after Emergencies, in M. Lystad (Ed.), *Mental Health Response to Mass Emergencies*, New York, Brunner/Mazel, Publishers : 239 -261.

PHIFER, J. F. (1990). Psychological Distress and Somatic Symptoms after Natural Disaster : Differential Vulnerability among Older Adults, *Psychology and Aging*, 5 : 412-420.

PHIFER, J.F. (1991). Psychological Adaptation following Natural Disaster : a Conceptual Model and Path Analysis, *Dissertation Abstracts International*, 52 (6) : 3304.

PHIFER, J.F. et F.H. NORRIS (1989). Psychological Symptoms in Older Adults following Natural Disasters : Nature, Timing, Duration and Course, *Journal of Gerontology*, 44 (6) : 207-217.

PICKENS, J., T FIELD, M. PRODRONIDIS, M. PELAEZ-NOGUERAS et Z. HOSSAIN (1995). Posttraumatic Stress, Depression and Social Support among College Students after Hurricane Andrew, *Journal of College Student Development*, 36 (2) : 152-161.

POULSHOCK, W.S. et E.S. COHEN (1975). The Elderly in the Aftermath, *Gerontology*, 5 : 357-361.

POWELL, B.J. et E.C. PENICK (1983). Psychological Distress following a Natural Disaster : a One-year Follow-up of 98 Flood Victims, *Journal of Community Psychology*, 11 (3) : 269-276.

POWELL, J.W. et J. RAYNER (1952). *Progress Notes : Disaster Investigation July, 1, 1951, June 30, 1952*, Engewood, Maryland : Army Chemical Center, Chemical Corps Medical Laboratories.

[281]

PRICE, J. (1978). Some Age-related Effects of the 1974 Brisbane Floods, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12 : 55-58.

PRINSTEIN, M.J., A.M. LAGRECA, E.M. VERNBER et W.K. SILVERMAN (1996). Children's Coping Assistance : How Parents, Teachers and Friends Help Children Cope after a Natural Disaster, *Journal of Clinical Child Psychology*, 25 (4) 463-475.

PROTECTION CIVILE DU CANADA (1997). *Liste des désastres pour l'élaboration des plans d'urgence fédéraux* (tiré d'Internet : <http://www.epc-pcc.gc.ca/>).

PROULX, M. U. (1998). *Une région dans la turbulence*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

PTACEK, J.T., R.E. SMITH et K.L. DODGE (1994). Gender Differences in Coping with Stress : When Stressor and Appraisals Do Not Differ, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20 (4) : 421-430.

PYNOOS, R.S. et K. NADER (1993). Issues in the Treatment of Posttraumatic Stress in Children and Adolescents, in J.P. Wilson et B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York and London, Plenum Press : 535-549.

PYNOOS, R.S., A. GOENJIAN, M. TASHJIAN *et al.*, (1993). Post-traumatic Stress Reactions in Children after the 1988 Armenian Earthquake, *British Journal of Psychiatry*, 163 : 239-274.

QUARANTELLI, E.L. (1977). *Disasters - Theory and Research*, Sage Studies in International Sociology 13, International Sociological association/ISA.

QUARANTELLI, E.L. (1985). What is Disaster ? The Need for Clarification in Definition and Conceptualization in Research, in B.J. Sowder, (Ed.), *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, Rockville, MD, National Institute of Mental Health : 41-65.

QUARANTELLI, E.L. (1990). *Some Aspects of Disaster Planning in Developing Countries*. Disaster Research Center Preliminary Paper n ° 144, Newark, University of Delaware.

QUARANTELLI, E.L. et R. DYNES (1977). Response to Social Crisis and Disaster, in A. Inkeles, J. Coleman et N. Smelser (Eds.), *Annual Review of Sociology*, 3 : 23-49.

[282]

QUARANTELLI, E. L. et R. DYNES (1985). Community Responses to Disasters, in B.J. Sowder (Ed.), *Disaster and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, Rockville, MD, National Institute for Mental Health : 158-168.

RANGELL, L. (1976). Discussion of the Buffalo Creek Disaster : the Course of Psychic Trauma, *American Journal of Psychiatry*, 133 : 313-316.

RAPHAEL, B. (1975). Crisis and Loss : Counselling following a Disaster, *Mental Health in Australia* : 118-122.

RAPHAEL, B. (1986). *When Disaster Strikes : How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*, New York : Basic Books, Inc.

RAPOPORT (1982). *The Meaning of the Built Environment : on Non Verbal Communication Approach*, Beverly Hills, Sage Publication.

RHODE, P., P.M. LEWINSHON, M.TILSON et J.R. SEELEY (1990). Dimensionality of Coping and its Relation to Depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3) : 499-511.

RIAD, J. K. et F.H. NORRIS (1996). The Influence of Relocation on the Environmental, Social and Psychological Stress Experienced by Disaster Victims, *Environment and Behavior*, 28 (2) : 163-182.

RICHARD, W. (1974). Crisis Intervention Services following Natural Disaster : the Pennsylvania Recovery Project, *Journal of Community Psychology*, 2 : 211-219.

ROBICHAUD, S., D. MALTAIS, G. LALANDE, A. SIMARD et G. MOFFAT (2000). Les inondations de juillet 1996 : une série d'événements stressants, *revue Service Social*, article accepté.

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

ROSSI, P. R., J. D. WRIGHT, E. WEBER-BURDIN et J. PEREIRA (1983). *Victims of the Environment Loss from Natural Hazards in the United States, 1970-1980*, New York, Plenum Press.

ROWLES, G. D. (1983). Place and Personal Identity in Old Age : Observations from Appalachia, *Journal of Environmental Psychology*, 3 : 219-313.

[283]

RUBINSTEIN, R.L. (1989). The Home Environments of Older People : a Description of the Psychological Processes Linking Person to Place, *Journal of Gerontology., Social Science*, 44 (2) : S45-S53.

RUBONIS, V.A. et L. BICKMAN (1991). Psychological Impairment in the Wake of Disaster : the Disaster-psychopathology Relationship, *Psychological Bulletin*, 109 (3) : 384-399.

SANTÉ CANADA (1994). *Les personnes âgées et les sinistrés*, Services personnels - Planification psychosociale en cas de sinistrés,

Division des mesures d'urgence, Direction générale de services médicaux : 49-54.

SAYLOR, C.F., C.C. SWENSON ET P. POWELL (1992). Hurricane Hugo Blows Down the Broccoli : Preschooler's Post-disaster Play and Adjustment, *Child Psychiatry and Human Development*, 22 (3) : 139-149.

SCHNURR, P.P. (1996). Trauma, PTSD, and Physical Health, *PTSD Research Quarterly*, 7 (3). (Adresse électronique : <http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/RQ-Summer-1996.html>).

SHANNON, M.P., C.J. LONIGAN, A.J. FINCH et C.M. TAYLOR (1994). Children Exposed to Disaster : 1. Epidemiology of Posttraumatic Symptoms and Symptoms Profiles, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 : 80-93.

SHAW, J.A., B. APPELEGATE et C. SCHORR (1996). Twenty-one Month Follow-up Study of School-age Children Exposed to Hurricane Andrew, *Journal of American Academy of Children and Adolescent*, 35 (3) : 359-364.

SHAW, J.A., B. APPELEGATE, S. TANNER *et al.* (1995). Psychological Effects of Hurricane Andrew on an Elementary School Population, *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34 : 1185-1192.

SHELBY, J.S. et M.G. TREDINNICK (1995). Crisis Intervention with Survivors of Natural Disaster : Lessons from Hurricane Andrew, *Journal of Counseling and Development*, 73 : 491-496.

SHIPPEE G., R. BRADFORD et W. GREGORY (1982). Community Perceptions of Natural Disasters and Post-disaster Mental Health Services, *Journal of Community Psychology*, 10 : 23-28.

SHORE, J.H., W.M. VOLLMER et E.L. TATUM (1989). Community Pattern of Posttraumatic Stress Disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (11) : 681-685.

[284]

SIMARD, N. (2000). *Relation entre les stratégies d'adaptation et la santé psychologique des sinistrés des inondations de juillet 1996 au Saguenay*, mémoire de maîtrise, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi.

SIMONOVIC, M. (1998). *Rapport sur les inondations au Manitoba*, Groupe de travail de la Commission conjointe internationale sur le désastre.

SIMPSON-HOUSLEY, P. et A. DEMAN (1989). Flood Experience and Posttraumatic Trait Anxiety in Appalachia, *Psychological Report*, 64 : 896-898.

SINGER, T.J. (1982). An Introduction to Disaster : Some Considerations of a Psychological Nature, *Aviation, Space and Environmental Medicine*, 53 (3) : 245-250.

SJOBERG, G. (1962). Disasters and Social Change, in G.W. Baker et D.W. Chapman (Eds.), *Man and Society in Disaster*, New York, Basic Book, Inc.

SMITH, B.W. (1996a). Coping as a Predictor of Outcomes following the 1993 Midwest Flood, *Journal of Social Behavior and Personality*, 11 (2) : 225-239.

SMITH, D.I., P. DEN EXTER, M.A. DOWLING, P.A. JELLIFFE, R.G. MUNRO et W.C. MARTIN (1979). *Flood Damage in the Richmond River Valley New South Wales. An Assessment of Tangible and Intangible Damages*, Centre for Ressource and Environmental Studies, Australian National Univeristy, Canberra ACT

SMITH, E.M. (1996b). Coping with the Challenges of Field Research, in E. Bernstein Carlton (Ed.), *Trauma Research Methodology*, Lutherville, Maryland, Sidran Press : 126-152.

SMITH, E.M. et C.S. NORTH (1993). Posttraumatic Stress Disorder in Natural Disaster and Technological Accidents, in J.P. Wison et B. Raphael, *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York and London, Plenum Press : 405-419.

SMITH, E.M., L.N. ROBINS, T.R. PRYZBECK, E. GOLDRING et S.D. SOLOMON (1986). Psychological Consequences of a Disaster, in J. Shore (Ed), *Disaster Stress Studies : New Methods and Findings*, Washington DC, American Psychiatric Press : 49-76.

SMITH, S.M. (1983). Disaster : Family Disruption in the Wake of Natural Disaster, in H. 1. McCubbin et C. R. Figley (Eds.), *Stress and the Family. Vol II : Coping with Catastrophe*, New York, Brunner/Mazel : 120-147.

[285]

SOLOMON S.D. et B.L. GREEN, (1992). Mental Health Effects on Natural and Human-made Disasters, *PTSD Research Quarterly*, 3 (1) : 1-7.

SOLOMON S.D., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEC et G. CANINO (1993). Effect of Family Role on Response to Disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 6 (2) : 255-269.

SOLOMON, S.D., D.A. REGIER ET J.D. BURKE (1989). Role of Perceived Control in Coping with Disaster, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8 (4) : 376-392.

SOLOMON, S.D., E.M. SMITH, L.N. ROBINS et R.L. FISCHBACK (1987). Social Involvement as a Mediator of Disaster-induced Stress, *Journal of Applied Social Psychology*, 17 : 1092-1112.

SOWDER, B.J. (1985). Some Mental Health Impacts of « Loss », and Injury : a Look Outside the Disaster Field, in B.J. Sowder, *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, NIMH, Center for Mental Health Studies of Emergencies : 74-104.

SPURRELL, M.T. et A.C. McFARLANE (1993). Post-traumatic Stress Disorder and Coping after a Natural Disaster, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28 (4) : 194-200.

STALLINGS, R.A. (1977) The Structural Patterns of Four Types of Organisations in Disaster, in E.L. Quarantelli, *Disasters, Theory and Research*, Sage Studies in International Sociology 13 : 87-101.

STEINFELD, E. (1982). The Pace of Old Age : the Meaning of Housing for Old People, in J.S. Duncan, *Housing and Identity, Cross-cultural Perspectives*, New York, Holmes and Meier Publishers : 198-245.

STEINGLASS, D. et E. GERRITY (1990). Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder : Short-term versus Long-term Recovery in Two Disaster-affected Communities, *Journal of Applied Social Psychology*, 20 : 1746-1765.

STEWART, M.A. (1986). A Study of the Needs, Coping Styles, and Use of Medical Services of Tornado Victims, *Canadian Journal of Public Health*, May-June : 173-179.

STOUT, C.E. et T. KNIGHT (1990). Impact of a Natural Disaster on a Psychiatric Inpatient Population : Clinical Observation, *The Psychiatric Hospital*, 21 (3) :129-135.

[286]

STRUMPFER, D.J.W. (1970). Fear and Affiliation During Disaster, *The Journal of Social Psychology, The Journal Press*, 82 (2) : 263-268.

SUGAR, M. (1989). Children in a Disaster : an Overview, *Child Psychiatry and Human Development*, 19 (3) : 163-179.

SULLIVAN, M.A., C.F. SAYLOR et K.Y. FOSTER (1991). Post Hurricane Adjustment of Preschoolers and their Families, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 13 : 163-171.

SWENSON, C.C., C.F. SAYLOR, P.M. POWELL, S.J. STOKES, K.Y. FOSTER et R.W. BELTER (1996). Impact of a Natural Disaster on Preschool Children : Adjustment 14 Months after a Hurricane, *Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1) : 122-130.

TANIDA, N. (1996). What Happened to Elderly People in the Great Hanshin Earthquake, *British Medical Journal*, 313 (7065) : 1133-1135.

TATUM, E.L., W.M. VOLLMER et J.H. SHORE (1986). Relationship of Perception and Mediating Variables to the Psychiatric Consequences of Disaster, in J. H. Shore (Ed.), *Disaster Stress Studies : New Methods and Findings*, Washington, DC, American Psychiatric Press : 100-122.

TERR, L.C. (1979). Childrens of Chowchilla, *Psychoanal Study Child*, 34 : 547-643.

TERR, L.C. (1981). Psychic Trauma in Children : Observations following the Chowchilla School-bus Kidnaping, *American Journal of Psychiatry*, 138 : 14-19.

TERR, L.C. (1991). Childhood Trauma : an Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 : 10-20.

THOMAS, R.J. (1993). The Flood of '93, *Missouri Medecine*, 90 (9) : 567.

THOMPSON, M.P., F.H. NORRIS et B. HANACEK (1993). Age Differences in the Psychological Consequences of Hurricane Hugo, *Psychology and Aging*, 8 (4) : 606-616.

TICEHURST, S., R.A. WEBSTER, V.J. CARR et T.J. LEWIN (1996). The Psychosocial Impact of an Earthquake on the Elderly, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (11) : 943-951.

[287]

TIERNEY, K.J. et B. BAISDEN (1979). *Crisis Intervention Programs for Disaster Victims : a Source Book and Manual for Smaller Communities*, DHEW, Publication n° 79-675, Washington, DC, US Government Printing Office.

TITCHENER, J.L. et E.T. KAPP (1976). Family and Character Change at Buffalo Creek, *American Journal of Psychiatry*, 133 : 295-299.

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

TRAINER, P. et R. BOLIN (1976). *Persistent Effects of Disasters on Daily Activities : a Cross-cultural Comparaison*, Mass Emergencies, 1 : 279-290.

TRAINER, P.B., R. BOLIN et R. Amos (1977). Reestablishing Homes and Jobs : Families, in E. Haas, R.W. Kates et M. Bowden, *Reconstruction following Disaster*, Cambridge, The MIT Press : 147-206.

TREVISAN, M., E. CELENTANO, C. MEUCCI, E. FARINARO *et al.* (1986). Shortterm Effect of Natural Disasters on Coronary Heart Disease Risk Factors, *Arteriosclerosis*, 6 (5) : 491-494.

TREVISAN, M., F. JOSSA, E. FARINARO, V. KROGH, S. PANICO, D. GIUMETTI et M. MANCINI (1992). Earthquake and Coronary Heart Disease Risk Factors : a Longitudinal Study, *American Journal of Epidemiology*, 135 (6) : 632-637.

TURNER, B.A. (1976). The Development of Disasters : a Sequence Model for the Analysis of the Origin of Disasters, *The Sociological Review*, 24 (4) : 753-774.

TYHURST, J.S. (1951). Individual Reactions to Community Disaster, *American Journal of Psychiatry*, 107 : 764-769.

URSANO, R.J. et J.E. MCCARROLL (1994). Exposure to Traumatic Death : the Nature of the Stressor, in R.J. Ursano, B.G. McCaughey et C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster : the Structure of Human Chaos*, Cambridge, Cambridge University Press : 46-71.

URSANO, R.J., C.S. FULLERTON et A.E. NORWOOD (1995). Psychiatric Dimensions of Disaster : Patient Care, Community Consultation, and Preventive Medicine, *The Harvard Review of Psychiatry*, 3 (4) 196-209.

[288]

VALENT, P. (1984). The Ash Wednesday Bushfires in Victoria, *Medical Journal of Australia*, 141 (5) : 268-270.

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

VAN DER KOLK, B.A. et R. FISLER (1995). Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories : Overview and Exploratory Study, *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4) : 505-525.

VAN DER KOLK, B.A., D. PELCOVITZ, S.H. ROTH, F.S. MANDEL, A.C. McFARLANE et J.L. HERMAN (1996b). Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation : the Complexity of Adaptation to Trauma, *American Journal of Psychiatry*, 153 (7) : 83-93.

VERNBERG, E.M., W.K. SILVERMAN, A.M. LAGRECA et M.J. PRINSTEIN (1996). Prediction of Posttraumatic Stress Symptoms in Children after Hurricane Andrew, *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2) : 237-248.

WARHEIT, G.J. (1985). A Propositional Paradigm for Estimating the Impact of Disasters on Mental Health, in B.J. Sowder (Ed.), *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, Washington, D.C. : 196-214.

WARHEIT, G.J., R.S. ZIMMERMAN, E.L. KHOURY, W.A. VEGA et A.G. GIL (1996). Disaster-related Stresses, Depressive Signs

and Symptoms, and Suicidal Ideation among a Multi-racial/Ethnic Sample of Adolescents : a Longitudinal Analysis, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (4) : 435-444.

WATERS, K.A, J. SELANDER et G.W. STUART (1992). Psychological Adaptation of Nurses Post-disaster, *Issues in Mental Health Nursing*, 13 : 177-190.

WEBSTER, R.A., R. McDONALD, T.J. LEWIN et V.J. CARR (1995). Effects of a Natural Disaster on Immigrants and Host Population, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (6) : 390-397.

WILNER, D.M., FIR WALKLEY, T.C. PINKERTON et M. TAYBACK (1962). *The Housing Environment and Family Life : a Longitudinal Study of the Effects of Housing on Morbidity and Mental Health*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

[289]

WILSON, C.A. (1975). The Earthquake Displacement Program : a Study of its Effects upon the Academic Achievement of Students in Selected Junior High School, *Dissertation Abstract International* : 1237-A.

WILSON, J.P., W.K. SMITH et S.K. JOHNSON (1985). A Comparative Analysis of PTSD among Various Survivors Groups, in C.R. Figley (Ed), *Trauma and its Wake*, New York, Brunney Mazel : 142-172.

WOLENSKY, R.P. (1983) Power Structure and Group Mobilization following Disaster : a Case Study, *Social Science Quarterly*, 64 (1) : 97-110.

WOOD, J.M. et M.L. COWAN (1991). Crisis Intervention following Disasters : Are We Doing Enough ? (A Second Look), *The American Journal of Emergency Medecine*, 9 (6) : 598-602.

WOOD, J. M., R. R. BOOTZIN, D. ROSENHAN, S. HOLENHOEKSEMA et F. JOURDEN (1992). Effects of the 1989 San Francisco Earthquake on Frequency and Content of Nightmares, *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2) : 219-234.

YAMABE, H., J. HANAOKA, T. FUNAKOSHI *et al.* (1996). *Deep Negative T Waves and Abnormal Cardiac Sympathetic Image*

(123 I-MIBG) after the Great Hanshin Earthquake of 1995, *The American Journal of the Medical Sciences*, 311 (5) : 221-224.

YATES, S. (1992). Lay Attribution about Distress after a Natural Disaster, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18 (2) : 217-222.

ZHANG, H.C. et Y.Z. ZHANG (1991) Psychological Consequences of Earthquake Disaster Survivors, *International Journal of Psychology*, 26 (5) : 613-621.

[291]

Désastres et sinistrés. Essai.**Annexe I**

Tableau des études portant sur l'état de stress post-traumatique

[Retour à la table des matières](#)

Auteurs	Groupes *	Faits saillants
Auger et al., 1997	*	Proportion de 20% chez l'échantillon. Les sinistrés ont un risque 6 fois plus élevé de répondre aux critères d'état de stress post-traumatique. Proportion de 3,8% d'état de stress post-traumatique chez le groupe contrôle.
Bravo et al., 1990	*	Apparition de nouveaux cas d'état de stress post-traumatique cinq ans après le désastre.
Canino et al., 1990	*	Le degré d'exposition est significativement lié à la hausse des cas d'état de stress post-traumatique.
Earls, F. et al., 1988	* Δ	L'état de stress post-traumatique ne fut pas pleinement diagnostiqué, mais on note plusieurs symptômes chez les parents et enfants.

* * Adultes. Δ Enfants et adolescents

Auteurs	Groupes *	Faits saillants
Garrison et al, 1993	Δ	5% des sujets démontrent un état de stress post-traumatique après un an.
Garrison et al, 1995	Δ	La plupart des adolescents rapportent des symptômes six mois après le désastre.
Goenjean et al, 1994	*	67% de cas d'état de stress post-traumatique sont diagnostiqués après le désastre.
Green et al, 1990	*	61% de l'échantillon évalué initialement présentent le même diagnostic 14 ans plus tard.
Green et al., 1991	Δ	37% des enfants ont un diagnostic probable d'état de stress post-traumatique après deux ans.
[292]		
Green et al., 1992	*	Prévalence de l'état de stress post-traumatique chez 60% de l'échantillon.
Green et al., 1994	*	La proportion d'état de stress post-traumatique s'élève à 32%.
Kent et Francis, 1995	*	47,8% des sujets rencontrent tous les critères de diagnostic d'état de stress post-traumatique.
LaGreca et al., 1996a	Δ	À trois intervalles de temps, l'état de stress post-traumatique apparaissait chez 29,8%, 18,1% et 12,5% des sujets, à des degrés grave et très grave.
Lima et al., 1987	*	L'état de stress post-traumatique est le diagnostic le plus souvent révélé.
Livingston et al., 1996	*	Trois ans après l'événement, une minorité substantielle, soit 15,7% des aînés, rencontrent toujours un plein diagnostic d'état de stress post-traumatique.
Lonigan et al., 1991	Δ	L'exposition, l'âge et le sexe féminin sont liés à la présence de l'état de stress post-traumatique.
Lonigan, 1994	Δ	L'état de stress post-traumatique serait prédit par le trait d'anxiété chez un groupe d'enfants.

Auteurs	Grou pes *	Faits saillants
Loren et al., 1993	* Δ	Il y a une relation entre l'état de stress post-traumatique et le soutien social.
Madakasira et O'Brien, 1987	*	59% des victimes ont rencontré les critères d'état de stress post-traumatique.
Mc Farlane et Papay, 1992	*	77% des sujets présentant un diagnostic d'état de stress post-traumatique ont développé un problème concomitant.
Mellmann et al., 1995	*	36,5% des sujets rencontrent les critères d'apparition de l'état de stress post-traumatique.
[293]		
Norris FH, 1992	*	Prévalence courante de l'état de stress post-traumatique établie à 58% chez la population ayant vécu un risque environnemental.
North, C. et al., 1989	*	Parmi 42 personnes, seulement un sujet rencontre tous les critères d'état de stress post-traumatique.
Pickens et al., 1995	*	De multiples psychopathologies sont constatées, dont l'état de stress post-traumatique.
Saylor et al., 1992	Δ	De 50% à 90% des enfants démontrent des symptômes similaires à l'état de stress post-traumatique.
Shannon et al., 1994	Δ	Plus de 5% (285/5 687) de l'échantillon est classé comme démontrant l'état de stress post-traumatique.
Shaw et al., 1995	Δ	87% du groupe d'impact fort présente des symptômes d'état de stress post-traumatique.
Shaw et al, 1996	Δ	70% des enfants démontrent un état de stress post-traumatique de modéré à grave.
Smith et al., 1986	*	25% des victimes présentent des symptômes d'état de stress post-traumatique.
Steinglass et Gerrity, 1990	*	14,5% des sujets présentent un état de stress post-traumatique à court terme, 4,5% à long terme.

Auteurs	Grou pes *	Faits saillants
Tobin et Ollenburger, 1996	*	71% de l'échantillon présente des symptômes d'état de stress post-traumatique.
Vernberg et al., 1996	Δ	Seulement 14% des sujets ne rapportent pas de symptômes d'état de stress post-traumatique.
Wood et Cowan, 1991	*	La symptomatologie de l'état de stress post-traumatique influe sur la durée et l'intensité des problèmes psychiatriques.

Source : études recensées.

[295]

Désastres et sinistrés. Essai.

Annexe II

Sommaire des principales études portant sur les impacts des catastrophes naturelles et technologiques sur la sante mentale et physique des victimes ainsi que sur leur santé sociale et leur vécu quotidien

1. [Groupes adultes](#)
2. [Groupes familles \(adultes/enfants\)](#)
3. [Groupes adolescents et enfants](#)
4. [Adultes âgés](#)
5. [Recension d'écrits et articles généraux](#)

[Retour à la table des matières](#)

1. GROUPES ADULTES

[Retour à la table des matières](#)

Auteurs

** Abrahams, M.J., J. Price, F.A. Whitlock et G. Williams (1976). The Brisbane Floods, January 1974 : their Impact on Health, *Medical Journal of Australia*, special supplement on aboriginal health, 2 : 936-939.

Événement

Inondations à Brisbane (1974).

Groupe étudié

Adultes (695 sinistrés + 507 personnes non sinistrées).

Méthodes/outils ⁷⁷

Étude comparative avec groupe témoin (non-inondés).

Résultats/faits saillants

On remarque une hausse des visites aux médecins dans l'ensemble, sauf chez les hommes non inondés, un an après le désastre. L'insatisfaction relative à l'aide reçue est associée à une augmentation de la tension nerveuse, de l'inquiétude, de la dépression et des problèmes digestifs.

⁷⁷ Voir la [liste des abréviations des outils utilisés](#).

* Réfère davantage à la santé psychologique.

** Réfère davantage à la santé physique.

*** Réfère davantage à la santé sociale.

[296]

Auteur

*** Aguirre, B.E. (1980). The Long-term Effects of Major Natural Disaster on Marriage and Divorce : an Ecological Study, *Victimology*, 5 : 298-307,

Événements

Désastres naturels (6), États-Unis (1962-1968).

Groupe étudié

Adultes (couples mariés).

Méthodes/outils

Étude rétrospective.

Résultats/faits saillants

En sélectionnant six désastres naturels survenus dans une période donnée, l'objectif était de voir s'il y avait eu des tendances dans les taux de mariages et les divorces dans les communautés affectées. Selon les résultats obtenus, il n'y avait pas de tendances attribuables à aucun des désastres. Les auteurs interprètent leurs données comme si la résistance constituait une forme de réaction au désastre.

(*Note* : L'étude porte de 1962 à 1968, les valeurs et l'acceptation sociale du divorce ont changé et évolué depuis les 20 dernières années.)

Auteurs

* Auger, C., S. Latour, M. Trudel et M. Martin (2000). L'état de stress post-traumatique : l'après-déluge au Saguenay, *Le médecin de famille canadien*, 46 : 2420-2427.

Événement

Inondations au Saguenay-Lac-St-Jean (1996).

Groupes étudiés

Adultes (61 personnes) sinistrés + groupe contrôle (79 personnes).

Méthodes/outils

Outils : entrevues téléphoniques, questionnaire : RI (basé sur DSM-III-R et adapté au DSM-IV-R), SRQ et 3 questions ajoutées.

Résultats/faits saillants

Les sinistrés ont un risque 6 fois plus élevé de répondre aux critères de l'ÉSPT et 2,4 fois plus de risques de se qualifier au SRQ pour la détresse émotionnelle que le groupe contrôle. On remarque aussi chez les [297] sinistrés une augmentation significative de la consommation d'alcool. La prise de médication a aussi augmenté sans être significative chez les sinistrés. La proportion de 20% d'ÉSPT retrouvée chez le groupe à l'étude suggère qu'il y aurait 1200 personnes présentant ce syndrome dans la population de l'ensemble de la région. Le fait de remarquer une proportion de 3,8% d'ÉSPT chez le groupe contrôle, soit une valeur plus élevée que le taux généralement retrouvé dans la population générale (1-3%), rend compte de l'effet de proximité physique du désastre et de liens familiaux et sociaux avec la population sinistrée.

Auteurs

* Baum, A, I. Fleming, A. Israel et M.K. O'Keefe (1992). Symptoms of Chronic Stress Following a Natural Disaster and Recovery of a Manmade Hazard, *Environment and Behavior*, 24 (3) : 347-367.

Événements

Inondations et risque de toxicité.

Groupes étudiés

Adultes (77 personnes).

23 inondés, 27 de la région touchée et un groupe contrôle de 27 personnes.

Méthodes/outils

* Étude comparative.

* Outils : SCL-90-R, BDI (27 sets of item), exercice de lecture (Glass et Singer, 1972), test biologique (urine), questions sur le sentiment d'impuissance, LES et variables sociales et démographiques.

Résultats/faits saillants

Neuf mois après l'annonce du risque toxique et l'inondation destructrice, les sujets demeurant près du dépotoir étaient plus anxieux, dépressifs et aliénés, moins capables de performer dans des tâches posant un défi, et plus agités que ne l'étaient les personnes inondées ou les sujets du groupe contrôle. Ils ont aussi rapporté plus de sentiments d'impuissance et ces derniers étaient significativement corrélés avec le stress. La victimisation associée à la menace de toxicité est apparue plus menaçante pour le sens du contrôle des victimes, et davantage une cause de problèmes émotionnels et psychophysiologiques chroniques chez ces mêmes victimes que chez celles du désastre naturel. Selon le SCL-90 et pour chaque mesure rapportée, le groupe demeurant près de la zone toxique expérimentait significativement plus de symptômes de détresse que les deux autres groupes, ceci se reflétant dans le score total obtenu ($F(2,74)=8.58, p<.001$). L'intensité des symptômes rapportés telle qu'évaluée [298] par le GSI était aussi élevée ($F(2,74)= 8.05, p<.001$). Pour les sous-échelles du SCL, on remarque des différences significatives aux plans de la somatisation, la sensibilité interpersonnelle, la dépression,

l'anxiété, l'anxiété phobique, les idéations paranoïdes et le « Psychoticism ». Pour chacun de ces symptômes, le groupe exposé à la toxicité a révélé de hauts degrés de détresse. Le groupe était significativement différent des deux autres pour les symptômes positifs totaux, l'index de gravité globale et les symptômes rapportés de somatisation, les problèmes interpersonnels, la dépression et le « Psychoticism ». On n'a pas noté de différence en ce qui a trait aux sous-échelles d'obsessivité/compulsivité d'hostilité entre les trois groupes. De plus, aucune différence significative n'a été enregistrée d'après le SCL-90-R pour les groupes inondés et contrôle. Le BDI a révélé un pattern similaire, les sujets exposés à la toxicité (M=8.85) se sont décrits comme plus dépressifs que ceux inondés (M=1.83) et le groupe contrôle (M=4.46). L'évaluation de performance va dans le même sens : le groupe exposé à la toxicité démontre une performance moindre que les deux autres. Les analyses biochimiques ont révélé plus de stress chez les personnes résidant près du site toxique.

Auteurs

* Baum, A., R. Fleming et J.E. Singer (1983b). Coping with Victimization by Technological Disaster, *Journal of Social Issues*, 39 (2) : 117-138.

Événement

Accident nucléaire de Three Mile Island (1982).

Groupes étudiés

Adultes (38 + 32 personnes). Étude comparative avec groupe témoin.

Méthodes/outils

Outils : WOCI, SCL-90 et Test de concentration et mesures médicales (test biologiques).

Résultats/faits saillants

L'attribution de la culpabilité lors d'un événement négatif semble une composante cognitive importante de succès éventuel de réduction du stress puisque les gens en arrivent à une impression de contrôle sur l'événement et sur les possibilités qu'il se reproduise. S'ils se culpabilisent eux-mêmes, ils conservent au moins la perception de contrôle. Selon les résultats obtenus, les résidents qui assumaient quelques responsabilités pour les problèmes qu'ils avaient vécus démontraient moins de stress que ceux qui ne le faisaient pas.

[299]

Auteur

*** Bell, B.D. (1978). Disaster Impact and Response : the Thousand Natural Schocks, *Gerontologist*, 18 (6) : 531-540.

Événement

Tornade au Nebraska (1975).

Groupe étudié

Adultes (300 personnes).

Méthodes/outils

* Étude comparative avec groupe contrôle, les données ont été recueillies sur quatre périodes.

* Outils : entrevues structurées sur la stabilité interpersonnelle, le SIV et un questionnaire sur l'orientation communautaire.

Résultats/faits saillants

Les victimes plus jeunes ont démontré un plus haut score de la perception d'anxiété que les plus âgées selon l'utilisation ou la référence à certains adjectifs et qualificatifs. Les plus âgées ont tendance à résoudre plus rapidement leur anxiété que les plus jeunes. En ce qui a trait au stress, celui-ci est plus élevé chez les plus jeunes. Il n'y a pas eu de différence significative entre les plus jeunes et les plus âgés en ce qui concerne la routine communautaire, les mêmes endroits (magasins, services, etc.) continuaient d'être fréquentés après le désastre. Les gens âgés ont mentionné peu de ruptures dans leurs contacts sociaux et ont maintenu et augmenté le temps passé avec leurs proches et leur voisinage, comparativement aux plus jeunes. Les gens plus âgés percevaient même une amélioration dans leurs relations, tandis que les plus jeunes ne voyaient pas de différence sous cet aspect et accordaient plus d'importance aux pertes matérielles que les plus âgés.

Auteur

Bellerose, C. (ed.) (2000). *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Événement

Tempête de verglas en 1998, Montérégie, Canada.

Groupe étudié

Sinistrés vivant en milieu urbain ou rural.

[300]

Méthodes/outils

Vaste enquête par entrevues téléphoniques réalisée entre le 8 avril et le 1er mai 1998 auprès de plus de 4 000 sinistrés.

Résultats/faits saillants

Ce document présente les résultats de deux enquêtes réalisées auprès de la population touchée par la tempête de verglas. La première enquête aborde les comportements à risque adoptés par les sinistrés pendant la durée de la panne d'électricité et la portée des messages de Santé publique. La seconde enquête porte sur les conséquences sociales et psychologiques de la tempête de verglas démontrant que plus de 35 000 adultes de la Montérégie ont été exposés à l'utilisation risquée d'une génératrice et 30% se sont retrouvés dans une situation où l'utilisation de l'appareil les exposait à un risque élevé d'intoxication au monoxyde de carbone. Les facteurs associés à l'adoption de comportements à risque face aux génératrices ou appareils à combustion lente sont le fait d'habiter dans un secteur lourdement affecté par la tempête de verglas, le fait de vivre en zone urbaine, d'être locataire, d'avoir atteint un niveau de scolarité élevé et d'avoir accès à un revenu supérieur. Les risques d'intoxication alimentaire ont été relativement peu élevés, tandis qu'un sinistré sur dix mentionne qu'un problème de santé est survenu au sein de sa famille pendant la tempête de verglas. En ce qui concerne les impacts psychosociaux de ce sinistre, les données révèlent que 20% des Montérégiens ont éprouvé plus de difficultés que d'habitude dans leurs relations interpersonnelles, tandis que 11% des adultes ont déclaré avoir été exposés à des situations d'agressivité ou de

violence verbale, Au plan de la santé psychologique, l'enquête confirme qu'un pourcentage plus élevé de sinistrés vivant dans le secteur du triangle noir se classe à un niveau plus élevé de l'indice de détresse psychologique. D'autres facteurs de risque sont aussi identifiés dans le rapport de recherche.

Auteurs

* Benight, C.C. et M.L. Harper (1997). Buffalo Creek Fire and Flood Report, *Quick Reponse Report n° 96*, Natural Hazards Center.

Événements

Incendies et inondations à Buffalo Creek (1996).

Groupe étudié

Adultes (50 personnes), âge moyen = 53 ans.

Méthodes/outils

* Étude transversale.

[301]

* Outils : LOR (40 items), crainte de mourir (échelle de Likert). ISEL (items), CSE (modifié), IES, Acute Stress Response Questionnaire, SCL-90-R, GSI et des analyses sanguines pour la réaction immunologique.

Résultats/faits saillants

Selon les résultats obtenus au GSI du SCL-90-R, il est suggéré que les participants étaient atteints de détresse modérée à grave ($M=.77$, $SD=.62$). Comparativement, ces valeurs sont plus élevées que la moyenne de l'incendie rapportée par Green et al. (1983) et presque égales à celles rapportées par Benight et al. (1997) suivant l'ouragan Andrew, soit $M=.70$ et $M=.78$ respectivement. En général, la plupart des individus expérimentaient une forte détresse émotionnelle. Les résultats de l'IES abondent aussi dans le même sens ($M=31.2$, $SD=9.2$). Afin de déterminer la relation entre des réactions graves de stress et l'auto-efficacité d'adaptation (CSE), les auteurs ont procédé à l'établissement de corrélations. Des réactions émotionnelles, physiques et cognitives graves ont été reliées aux résultats du CSE. Afin d'estimer l'importance du CSE dans l'explication de la détresse psychologique, une analyse à régressions multiples fut utilisée pour le GSI et le IES. Le revenu, la perte de ressources, le support social et la menace à la vie ont été utilisés comme variables de contrôle. Les résultats ont démontré que le CSE est une importante variable dans la compréhension de la détresse psychologique suivant ce désastre. Le CSE a expliqué une augmentation de 5% de la variance (F

[1,36]=12.76, $p=.001$) pour le GSI et 6% de la variance du score au IES (F [1,37]=5.74, $p=.0219$). Le calcul du béta standardisé pour CSE fut dans la direction attendue ($B=-.40$, GSI et $-.42$ pour le IES). Ces résultats suggèrent que plus l'auto-efficacité d'adaptation est basse, plus grande est la détresse rapportée. Le CSE ne semble pas une variable expliquant les niveaux d'immunité d'un individu.

Auteurs

* Bravo, M., M. Rubio-Stipec, G.J. Canino, M.A. Woodbury et J.C. Ribera (1990b). The Psychological Sequale of Disastrer Stress Prospectively and Retrospectively Evaluated, *American Journal of Community Psychology*, 18 : 661-680.

Événement

Inondation à Puerto Rico (Îles Caraïbes) (1985).

Groupes étudiés

Adultes de 17 à 68 ans (912 personnes), dont 375 évalués avant le désastre en 1984 et en 1987, et 537 en 1987.

[302]

Méthodes/outils

* Étude prospective et rétrospective (375 personnes interviewées en 1984 et 1987).

* Outils : DIS-DS, DIS, DSM-III (9 listes), DSPT et DADAD, GA, ASP ou TPA (divers outils mesurant anxiété, panique, etc.), échelle de Rubio-Stipec et al.

Résultats/faits saillants

Des effets de nouveaux symptômes dépressifs, somatiques et de l'ÉSPT ont été identifiés chez la population à l'étude, même si celle-ci a dû être remaniée aux plans sociodémographique et méthodologique. Tous les effets étaient cependant relativement minimes, suggérant que la plupart des victimes font preuve d'une certaine résistance à développer de nouveaux symptômes pathologiques. On ne note pas d'évidence de facteurs prédisposant.

Auteurs

Breslau, N. et G.C. Davis (1992). Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults : Risk Factors for Chronicity, *American Journal of Psychiatry*, 149 : 671-675.

Groupe étudié

Jeunes adultes (93 personnes).

Résultats/faits saillants

Les facteurs de risque pour l'ÉSPT chronique (durée d'un an ou plus) chez un échantillon de 93 jeunes adultes ont été examinés. Les individus qui démontraient un ÉSPT chronique avaient plus de probabilité que ceux qui avaient un ÉSPT non chronique d'avoir rapporté un épisode de quatre des onze maladies étudiées, soit l'arthrite, la bronchite, la migraine et, parmi les femmes seulement, les problèmes gynécologiques.

Auteurs

* Bromet, E.J., D.K. Parkinson, H.C. Schulber et al. (1980). *Three Mile Island : Mental Health Findings*. Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic and the University of Pittsburgh.

Événement

Accident nucléaire de Three Mile Island (TMI).

Groupes étudiés

Adultes (328 mères d'enfants d'âge préscolaire, 189 travailleurs de la [303] centrale et 177 patients d'une clinique de santé mentale 9 mois après l'accident) + un groupe contrôle d'un site similaire non affecté.

Méthodes/outils

* Étude comparative.

* Outils : entrevues incluant le SCL-90, le SADS-L et entrevues sur le support social.

Résultats/faits saillants

Les mères ont démontré une hausse d'anxiété et de dépression pendant l'année suivant l'accident. Les plus symptomatiques étaient celles avec une histoire psychiatrique antérieure, celles qui demeuraient à moins de cinq milles du plan et celles avec moins de support social adéquat. Il y a eu seulement une légère différence entre le groupe de travailleurs de TMI et le groupe contrôle, même si les travailleurs de TMI ont rapporté ressentir plus de satisfaction face à leur travail. Les patients en santé mentale de TMI n'ont pas démontré de niveaux de symptomatologie plus élevés que le groupe contrôle.

Auteurs

* Canino, G., M. Bravo, M. Rubio-Stipec et M. Woobury (1990). The Impact of Disaster on Mental Health : Prospective and Restrospective Analyses, *International Journal of Mental Health*, 19 (1) : 51-69.

Événements

Pluies torrentielles et glissements de terrain à Puerto Rico (1985).

Groupes étudiés

Adultes (912 personnes) exposés et non exposés.

Méthodes/outils

* Enquête réalisée auprès d'un groupe de personnes ayant participé à une étude sur les troubles mentaux en 1984 et ayant été exposées ou non au désastre en 1985.

* Outils : DIS/DS (1985), DSM-III et DIS (1984).

Résultats/faits saillants

On note une augmentation des symptômes dépressifs chez les personnes exposées au désastre et une hausse de l'abus de drogues. On constate qu'un faible degré d'instruction va significativement de pair avec de graves problèmes mentaux. De plus, la dépression et l'alcoolisme semblent liés au genre. Le degré d'exposition influe significativement sur la hausse des cas de dysthymie, de dépression majeure et sur les symptômes [304] d'ÉPST La dysthymie était par ailleurs plus fréquente chez les femmes. Les symptômes dépressifs majeurs étaient plus fréquents chez les sujets plus jeunes. Les symptômes dépressifs et somatiques sont de réelles conséquences d'un désastre. Même s'il n'y a pas d'effet direct sur la santé mentale, les répercussions du désastre sur la vie quotidienne et la santé physique risquent d'affecter subséquemment la santé mentale.

Auteurs

Charbonneau, J., F.-R. Ouellette et S. Gaudet (2000). Les impacts psychosociaux de la tempête de verglas au Québec, *Santé mentale au Québec*, XXV (1) : 138-163.

Événement

Tempête de verglas de janvier 1998.

Groupe étudié

60 sinistrés, dont le tiers vit dans les municipalités situées dans le triangle de glace en janvier 1998, l'autre tiers vivant en milieu rural en Montérégie ou en Outaouais. Finalement, le dernier tiers a été recruté auprès de personnes immigrantes vivant sur l'Île de Montréal.

Méthodes/outils

Enquête par entrevues.

Résultats/faits saillants

Cette recherche aborde les impacts psychosociaux de la tempête de verglas et les réactions émotives aux changements de l'environnement. En conclusion, les auteurs soulignent que pour plusieurs sinistrés, la tempête de verglas aura été l'occasion d'une croissance personnelle. Nombreux sont aussi les sinistrés qui ont noté des impacts positifs de cet événement (renforcement de la capacité à protéger sa famille, sentiment d'appartenance à sa communauté).

Auteurs

Clayer, J.R., C. Bookless-Pratz et R. Harris (1985). Some Health Consequences of a Natural Disaster, *The Medical Journal of Australia*, 143 : 182-184.

Événement

Incendies majeurs dans le sud de l'Australie en 1983.

Groupe étudié

Adultes (1526) ayant été affectés par le désastre.

[305]

Méthodes/outils

* Étude comparative avec groupe contrôle.

* Outils : questionnaire développé par les auteurs et comprenant 43 questions et sous-questions d'ordre démographique, expérimentale, sociale, psychologique et médicale et une liste de symptômes (Logue et *al.*, 1981 - 18 items) ainsi que le GHQ de Goldberg (28 items).

Résultats/faits saillants

Cette étude avait pour but d'évaluer les conséquences du désastre sur la santé biopsychosociale des victimes un an après le désastre. Les questionnaires furent acheminés par la poste une semaine après l'anniversaire de l'événement. Les buts spécifiques étaient de déterminer la situation des victimes au moment du désastre, la nature des pertes et des blessures, les conséquences des pertes matérielles et personnelles, les actions relevant de ces pertes et les effets immédiats et à long terme sur la santé. Près du tiers (27%) des répondants ont mentionné des problèmes de santé modérés ou sérieux immédiatement après le désastre, alors qu'une proportion similaire (28%) rapportait la même situation durant l'année suivant le désastre. Au moment de l'enquête, 19% des répondants éprouvaient toujours des problèmes de santé évalués comme modérés et sérieux. Toutefois, 60,2% des personnes ayant mentionné des problèmes de santé n'ont pas consulté de médecins. Les résultats obtenus à l'échelle des 18 items ont démontré que la prévalence de maladies cardiaques, d'hypertension, de problèmes respiratoires et de diabète avait

augmenté significativement ($p < .05$) après le désastre ainsi que l'alcoolisme, les maladies mentales et les problèmes de consommation de drogues. La prévalence d'arthrite, de cancer et de problèmes urologiques n'a cependant pas enregistré de hausse significative. Tous les problèmes de santé augmentaient au cours des douze mois après le désastre, mais diminuaient à la fin de cette période. La perte du domicile est la variable qui semblait avoir le plus d'effet sur la manifestation de problèmes de santé. Les résultats au GHQ, combinés à une analyse à régression linéaire, ont aussi démontré que la perte du domicile, les dommages à la propriété affectant les moyens de subsistance, le statut marital et les dommages au domicile correspondaient significativement et positivement à la maladie.

Auteurs

*** Crabbs, M.A. et K.U. Black (1984). Job Change following a Natural Disaster, *The Vocational Guidance Quarterly*, 32 (4) : 232-239.

Événement

Inondations au Texas (1979).

[306]

Groupe étudié

Adultes (44 personnes).

Méthodes/outils

- Étude transversale.
- Outils : entrevues au domicile, trois grandes catégories de variables : socio-démographiques, données relatives à l'inondation et données relatives au travail.

Résultats/faits saillants

L'expérience d'un désastre a des répercussions sur plusieurs activités des individus, dont le travail. Ces répercussions se constatent au plan des difficultés rencontrées au travail et peuvent conduire à une perte d'emploi. Deux variables ont été prises en considération par les chercheurs pour être corrélées au changement d'emploi, soit l'attitude de l'employeur et l'assistance que l'employé aurait préféré recevoir de celui-ci. Les variables dans leur ensemble ayant été le plus significatives en regard du changement d'emploi ont été : l'attitude de l'employeur, la charge de travail changée à la suite du désastre, l'âge du répondant, le degré de changement d'attitude au travail en raison du désastre, la capacité à accomplir le travail après le désastre, le type d'assistance souhaitée par l'employé, le nombre de pouces d'eau dans la maison et la gravité des dommages subis. Les résultats ont démontré que plus l'employeur était perçu comme indifférent, plus l'employé était susceptible de changer d'emploi dans les deux ans suivant le désastre. On a aussi

noté une relation positive entre l'assistance souhaitée et le changement d'emploi. Les employés auraient aimé recevoir plus d'aide pour le logement et la relocalisation, une diminution de la charge de travail, de l'assistance pour la reconstruction et le nettoyage, de la nourriture et du transport et des services médicaux et psychologiques, alors que 67% des employeurs offraient du temps libre et de l'assistance monétaire.

Auteurs

* DeMan, A. et P. Simpson-Housley (1987). Factors in Perception of Tornado Hazard : an Exploratory Study, *Social Behavior and Personality*, 15 (1) -.13-19.

Événement

Tornade meurtrière en Caroline du Nord (1984).

Groupe étudié

Adultes (142 personnes).

[307]

Méthodes/outils

* Étude exploratoire sur les facteurs de perception quant aux risques de tornade.

* Outils : questionnaire, mesure Échelle de Spielberger, Gorsach et Lushene et le SRI.

Résultats/faits saillants

Le sexe et le degré de scolarité influent sur la perception des dangers d'une tornade. Les hommes et les femmes divergent d'opinion en ce qui concerne leur perception et leur réponse à un éventuel danger de tornade.

Auteurs

*** Dunal, C., M. Gavira, J. Flaherty et S. Birz (1985). Perceived Disruption and Psychological Distress among Flood Victims, *Journal of Operational Psychiatry*, 16 (2) : 9-16.

Événement

Inondations à Santa Fe (1982).

Groupe étudié

Adultes (81 personnes).

Méthodes/outils

Outils : questionnaire basé sur PER-D Scale, SSNI + échelle de stress + autres variables et description personnelle de l'évacuation.

Résultats/faits saillants

La présence de mineurs (enfants) augmente le niveau de perturbations (réf. responsabilité d'une autre personne). La perturbation est liée au montant des pertes et des dommages matériels encourus. Au plan de l'évacuation, les personnes qui ne percevaient aucun danger avant leur évacuation semblent avoir été moins affectées par l'inondation comparativement à celles qui ont été évacuées pendant l'inondation. Aussi, les sujets ayant reçu une aide externe semblent avoir moins souffert de l'impact de l'inondation que ceux qui n'ont été aidés par personne. Enfin, aucune différence significative ne fut observée par rapport aux perturbations entre ceux qui ont été évacués au centre municipal et ceux qui ont été hébergés dans des abris temporaires. Les personnes ayant un travail ont été plus perturbées. L'impact psychologique était très différent d'un individu à l'autre. Pour certains, cet impact provenait du fait que, lors de l'évacuation, les personnes avaient abandonné leur maison et leur voisinage derrière elles. Pour d'autres, [308] c'est la destruction matérielle, la terreur suscitée par l'arrivée soudaine des eaux et parfois la peur de se noyer qui constituaient les facteurs les plus terrifiants. Les auteurs ont aussi conclu que les personnes percevant leur situation comme traumatisante et se percevant elles-mêmes comme plus vulnérables étaient plus à risque d'éprouver une sensation élevée de détresse.

(Note : Ce modèle de recherche inclut la perception du stress comme un des facteurs déterminants de la réponse.)

Auteurs

** Escobar, J. I., G.J. Canino, M. Rubio-Stipiec et M. Bravo (1992). Somatic Symptoms after a Natural Disaster : a Prospective Study, *American Journal of Psychiatry*, 149 : 965-967.

Événements

Inondations et coulées de boues à Puerto Rican (1985).

Groupe étudié

Adultes (912 personnes dont certaines évaluées en 1984).

Méthodes/outils

- * Étude prospective épidémiologique.
- * Outil : DIS.

Résultats/faits saillants

Aux fins d'une étude épidémiologique, ont été interviewés les participants avant et après leur exposition à d'importantes inondations et coulées de boues. L'exposition au désastre était non reliée à des symptômes persistants, mais augmentait la probabilité de rapporter de nouveaux symptômes gastro-intestinaux ou pseudo-neurologiques. Les premiers se manifestaient sous forme de douleurs abdominales, de vomissements, de nausées et gaz excessifs, tandis que les seconds se transformaient en amnésie, paralysie, évanouissement, double vision et autres.

Auteurs

* Faupel, C.E. et S.P. Styles (1993). Disaster Education, Household Preparedness, and Stress Responses following Hurricane Hugo, *Environment and Behavior*, 25 (2) : 228-249.

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Sud (1990).

[309]

Groupe étudié

Adultes (198 + 11 personnes).

Méthodes/outils

- * Étude comparative avec groupe contrôle.
- * Outil : entrevues téléphoniques.

Résultats/faits saillants

Cette étude visait à connaître l'impact de la préparation à un désastre éventuel sur le stress vécu par les individus. Les participants à des programmes d'éducation ont révélé des niveaux plus élevés mais non significatifs, et ceux qui s'étaient impliqués dans des activités de préparation de la demeure ont affiché des niveaux significatifs plus élevés de stress. Le stress physiologique a été évalué à partir des variables dépendantes suivantes : souffle court, étourdissements, nausée, engourdissement des mains et des pieds et douleur dans la poitrine. Le stress psychologique fut mesuré en fonction de l'agitation, de la peur de devenir fou, de la difficulté à se concentrer, de l'irritabilité et de sensations de tension et de nervosité. Les variables indépendantes étaient : l'éducation antérieure et les activités de planification de la demeure, et pour définir ces variables, les auteurs ont utilisé les indicateurs suivants : la tenue de réunions familiales de planification, l'identification d'endroits sûrs dans la maison, etc. et évalués selon une échelle de 0 à 4 (bas à haut niveau de planification). Les variables de contrôle étaient le revenu, l'éducation, la race, l'âge, etc. Chez l'échantillon atelier, les femmes sont plus susceptibles de rapporter des symptômes physiologiques et psychologiques que les hom-

mes. On a remarqué cette tendance dans l'échantillon général pour le stress psychologique également. L'âge est négativement relié au stress, les plus jeunes ayant rapporté plus de stress que les plus âgés.

Auteurs

* Freedy, J.R., M.E. Saladin, D.G. Kilpatrick, H.S. Resnick et B.E. Saunders (1994). Understanding Acute Psychological Distress following Natural Disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 7 (2) : 257-273.

Événement

Tremblement de terre en Californie (1991).

Groupes étudiés

Adultes (229 personnes) participant déjà à une étude sur les impacts psychologiques et un groupe contrôle de 175 personnes.

[310]

Méthodes/outils

* Méthode quantitative et traitement statistique.

* Outils : questionnaire sur la situation antérieure au tremblement de terre, pendant et après l'événement, questionnaire mesurant la perte de ressources (RQ).

Résultats/faits saillants

Le sexe, l'âge et l'ethnie hispanique sont des variables significativement reliées à la détresse psychologique. La perte de ressources y est également reliée. Cette perte est aussi un facteur de prévision de la détresse psychologique. Les personnes ayant subi des événements de moindre magnitude et plus de pertes de ressources reliées au désastre étaient plus enclines à rapporter de la détresse psychologique que celles qui en avaient subi moins mais qui, par contre, avaient été confrontées à une plus grande intensité des événements.

Auteurs

* Freedy, J.R., D.L. Shaw, M.P. Jarrell et C.R. Masters (1992). Towards an Understanding of the Psychological Impact of Natural Disasters : an Application of the Conservation Ressources Stress Model, *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3) : 441-454.

Événement

Ouragan Hugo, Caroline du Sud (1989).

Groupe étudié

Adultes (professionnels et employés d'une faculté de médecine [418 personnes]).

Méthodes/outils

Outil : questionnaire par la poste (52 items).

Résultats/faits saillants

Trois variables ont été ciblées : la perte de ressources, des variables médiatrices (personnelles et comportement d'adaptation) et la détresse psychologique. Les scores pour la perte de ressources allaient de 0 à 4 (0 = aucune perte, 4 = pertes extrêmes). Les dimensions de la perte : objet, condition, caractéristiques personnelles des pertes, pertes d'énergie, perte totale. Les résultats de cette étude tendent à démontrer un modèle d'adaptation normative dans les trois mois qui suivent un désastre. Ce modèle est relié à une baisse dans le comportement de solution de problèmes et une augmentation dans le comportement de désengagement. La sagesse conventionnelle, donc une adaptation prolongée, [311] pourrait provoquer de la détresse psychologique. À l'inverse, une émotion accrue, un comportement de désengagement seraient associés à un sens de contrôle accru, un comportement de moindre détresse psychologique. La perte de ressources semble un élément important dans le risque de développement des niveaux cliniques de détresse psychologique.

Auteurs

* Gleser, G.C., B.L. Green et C. Winget (1981). *Prolonged Psychosocial Effects of a Disaster : a Study of Buffalo Creek*, New York Academic Press.

Événements

Rupture de digue et inondations à Buffalo Creek (1972).

Groupes étudiés

Adultes (654 survivants plaignants) deux à cinq ans après le désastre. Groupe de non-plaignants non spécifié.

Méthodes/outils

* Étude comparative.

* Outils : multiples mesures incluant une liste de contrôle de symptômes d'indicateurs familiaux et le PEF.

Résultats/faits saillants

Approximativement le tiers des sujets a continué à souffrir de symptômes psychiatriques dérangeants quatre à cinq ans suivant le désastre. Plus de 75% ont rapporté des problèmes de sommeil deux ans après et 30% ont rapporté une augmentation de la consommation d'alcool.

Auteurs

* Green, B.L., M.C. Grace, J.D. Lindy et al. (1983). Levels of Functional Impairment following a Civilian Disaster : The Beverly Hills Supper Club Fire, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 : 573-580.

Événement

Incendie du Beverly Hill Supper Club, Cincinnati (1971).

Groupe étudié

Adultes (147 personnes dont 30 étaient des sauveteurs ou des proches des victimes).

Méthodes/outils

* Entrevues un et deux ans (88 personnes) après le désastre.

[312]

* Étude comparative.

* Outils : SCL-90, PEF.

Résultats/faits saillants

Le groupe qui n'a pas été exposé directement au feu a démontré des scores d'endeuillement significativement plus hauts et des résultats significativement plus élevés de stress subjectif par rapport à l'événement un an après ce dernier. Deux ans plus tard, la gravité des symptômes de ce groupe avait décliné significativement, alors que le groupe exposé au feu expérimentait une hausse significative de certains symptômes, dont l'hostilité, à l'échelle du SCL-90.

Auteurs

* Green B.L., M.C. Grace et G.C. Gleser (1985b). Identifying Survivors at Risk : Long-term Impairment following the Beverly Hills Supper Club Fire, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 : 672-678.

Événement

Incendie d'un Club au Kentucky (1977).

Groupe étudié

Adultes (117 sujets survivants de l'incendie évalués un an après et 67 évalués après deux ans).

Méthodes/outils

* Première entrevue deux mois après un anniversaire de l'incendie, et seconde douze mois après.

* Outils : quantification objective et subjective, SCL-90-R et PEF.

Résultats/faits saillants

Les différences individuelles dans l'expérience objective du désastre ont une conséquence sur le fonctionnement physiologique des individus. Les effets du désastre peuvent se manifester sur des périodes de temps variables (après un an ou plus). Les tentatives de sauvetage qui exposent à des scènes horribles ont une influence tardive qui se traduit dans l'abus de substances. On remarque un lien entre le soutien social et un faible taux de psychopathologie. Plus les gens sont instruits, moins ils sont affectés au plan psychopathologique. Cela est dû au fait qu'ils réfèrent davantage à diverses mesures de soutien, ce qui se répercute dans les événements marquants de la vie.

Auteurs

* Green, B.L., J.D. Lindy, M.C. Grace, G.C. Gleser, M. Korol et C. Winget [313] (1990). Buffalo Creek Survivors in the Second Decade : Stability of Stress Symptoms, *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (1) : 43-54.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Groupe étudié

Adultes évalués en 1974 et 1986 (120 personnes).

Méthodes/outils

* Étude longitudinale.

* Outils : PEF, SCL-90 (Version Symptom Self-report 42 items) et le SCID (section PTSD).

Résultats/faits saillants

Après 14 ans, un suivi d'une étude démontre des changements hautement significatifs chez les groupes ayant été évalués. Une diminution des symptômes est observée, mais une psychopathologie demeure chez le quart des survivants. La proportion d'ÉSPT habituel diminue de 1974 à 1986 chez les femmes (21%) et les hommes (9%). Les femmes scorent plus élevé que les hommes aux évaluations cliniques et à l'auto-évaluation. Les cas d'ÉSPT évalués en 1986 sont associés à moins de pathologies générales qu'en 1974. Les scores du groupe PEF démontrent un déclin graduel de 1974 deux ans après le désastre et l'établissement antérieur du procès civil, à la période de post-rétablissement (1975-1977), et jusqu'au dernier suivi (1986). L'index du SCL continue de diminuer en 1986, suggérant que les symptômes de détresse ne se sont pas stabilisés en 1976 mais poursuivent leur décroissement. Les symptômes de stabilité, soit les corrélations entre des scores comparables en 1974 et en 1986, sont relativement bas. Les scores féminins sont plus stables. Le diagnostic d'ÉSPT (1986) démontre que 61% de l'échantillon possède le même diagnostic qu'en 1974, 28% ayant été diagnostiqués pour l'ÉSPT en 1974 ne le démontrent plus en 1986, et 11% ne présentant pas les critères en 1974

démontrent un ÉSPT en 1986. En regard des expériences stressantes, les sujets avec ÉSPT ont éprouvé des difficultés à s'échapper, ont souffert d'une exposition prolongée à l'événement et ont perdu quelqu'un de leur famille, lorsque comparés aux autres groupes étudiés.

Auteurs

* Green, B.L., M.C. Grace, J.D. Lindy, G.C. Gleser, A.C. Leonard et T.L. Kramer (1990b). Buffalo Creek Survivors in the Second Decade : Comparaison with Non Exposed and Non Litigant Groups, *Journal of Applied Social Psychology*, 20 : 1033-1050.

[314]

Événement

Inondation à Buffalo Creek (1972).

Groupes étudiés

Adultes (121 + 78) plaignants et non plaignants plus un échantillon d'une autre région non exposée.

Méthodes/outils

- * Étude comparative (14 ans après le désastre).
- * Outils : SCID, PEF, SCL-90R et le PES.

Résultats/faits saillants

Les sujets plaignants et non plaignants ainsi qu'un groupe non exposé ont été comparés. Les plaignants avaient des taux plus élevés de problèmes d'anxiété généralisée (21% contre 10%), même si les non-plaignants avaient vécu les mêmes expériences lors du sinistre. Comparant les exposés et les non-exposés, le premier groupe a démontré des proportions cliniques et de gravité globale plus élevés d'anxiété et de dépression. Le groupe exposé (B.C) a démontré des problèmes de fonctionnement aux plans des sentiments et des humeurs et de l'utilisation des temps libres. La proportion d'ÉSPT sur la durée de vie entière était beaucoup plus élevée chez le groupe exposé (B.C), soit de 63%, comparativement à 24% chez le groupe non exposé (Cool River). En combinant les analyses (PEF+SCL), on énonce que 25-30% de l'échantillon de B.C démontre une détérioration clinique significative dont 10% évalués de moyen à grave. La poursuite a eu peu d'impact à long terme, semblant éclipsée par d'autres stressseurs communautaires, économiques et de culpabilité (blâme) en relation avec l'événement.

Auteurs

* Green, B.L., J.D. Lindy, M.C. Grace et A.C. Leonard (1992). Chronic Post-traumatic Stress Disorder and Diagnostic Comorbidity in a Disaster Sample, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (12) : 760-766.

Événement

Inondation à Buffalo Creek (1972).

Groupe étudié

Adultes (193 personnes).

Méthodes/outils

* Comparaisons établies avec un groupe de vétérans.

[315]

* Étude comparative.

* Outil : SCID.

Résultats/faits saillants

Dans la période post-traumatique, on a noté des similitudes chez les deux groupes (vétérans et victimes de l'inondation). Du groupe de victimes, 117 étaient impliquées dans un recours contre les constructeurs de la digue, les autres ne l'étaient pas. On n'a pas remarqué de différences au plan des désordres psychologiques en relation avec ce fait. Il a été clairement établi que la prévalence du plus commun diagnostic, à part l'ÉSPT, et le plus relié à l'ÉSPT fut celui de dépression majeure (36%). La prévalence d'ÉSPT apparaît chez 60% (59,4) de l'échantillon. L'autre diagnostic le plus courant était l'anxiété généralisée (18%) et la phobie simple chez 16% des sujets. L'abus de substances nocives est apparu chez 19% de l'échantillon comme perdurant depuis l'événement et n'était pas lié à l'ÉSPT. Un diagnostic courant (Current Diagnosis) fut également établi lorsque la personne rencontrait tous les critères pour l'ÉSPT. La prévalence de ce symptôme fut donc diagnostiquée chez 25% de l'échantillon, suivie par la dépression majeure (19%) et l'anxiété généralisée (18%). D'autres diagnostics de désordres apparaissent aussi, mais dans de moindres proportions (phobie simple, abus de substances, dysthymie, troubles de panique, phobie sociale, agoraphobie, somatisation, etc.). Les facteurs de stress mesurés dans cette étude n'étaient fortement reliés à aucun des

diagnostics sur les 14 années évaluées. Toutefois, les relations les plus fortes étaient celles pour l'ÉSPT, qui étaient prévisibles par le fait d'être retenu à un endroit en raison des eaux, d'être blessé, d'être exposé aux éléments pour une longue période et de perdre un membre du domicile.

(N.B. L'accent n'a pas été mis sur les différences entre les vétérans, mais sur les résultats touchant plutôt les victimes de l'inondation.)

Auteurs

* Green, B.L., M.C. Grace, M.G. Vary *et al.* (1994c). Children of Disaster in the Second Decade : a 17-year Follow-up of Buffalo Creek Survivors, *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (1) : 71-79.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Groupe étudié

Adultes (99 personnes) représentant 48% de l'échantillon évalué en 1974.

[316]

Méthodes/outils

Étude longitudinale avec groupe contrôle d'une région non touchée.

Résultats/faits saillants

Il y a eu une diminution significative de la gravité de l'anxiété, des inquiétudes somatiques et de l'excitation pendant les 17 ans suivant le désastre. On ne note pas de changements dans l'évolution de la dépression. Parallèlement, les abus d'alcool, de drogue, les idées suicidaires qui n'étaient pas présentes lors de l'étude initiale ont augmenté significativement avec le temps. L'ÉSPT relié à l'inondation démontre une proportion de 32% pour la durée à vie et de 7% pour la période actuelle. L'ÉSPT à vie non lié à l'inondation est de 6%, et l'actuel est de 4% chez le groupe non exposé. Les groupes sont similaires en ce qui a trait à leur fonctionnement actuel et sous certains aspects de leur fonctionnement passé, quoique le groupe de B.C. démontre des taux d'anxiété et de dépression quelque peu plus élevé que le groupe contrôle. Chez le groupe de victimes, la proportion de dépression post-inondation se situe à 32% contre un taux courant de 13%, l'abus d'alcool post-inondation se situe à 18% contre 7% et le taux d'abus de drogue passe de 18% à 3%. Les stressseurs n'étaient pas fortement liés au fonctionnement actuel et prédit les symptômes d'ÉSPT primaires. Les résultats au SCL et au GSI n'étaient pas associés avec les stressseurs. La gravité au PEF peut être prédite par la perte d'un membre de la famille immédiate ($r=0.28$, $p<.01$). L'intrusion et l'évitement au IES furent prédits par la perte d'un membre de la parenté ($r=0.26$, $p<.01$ et $r=0.25$, $p<.02$ respectivement). L'exposition prolongée résulte en moins d'évitement au

IES ($r=0.22$, $p<.05$). Le nombre de symptômes d'ÉSPT furent prédits de façon significative par des blessures et par la perte d'animaux. Les symptômes d'intrusion sont prédits par la perte d'animaux familiers, le degré d'avertissement (moins d'avertissement = plus d'intrusion), être retenu et essayer de s'échapper et par la perte d'un grand nombre d'amis et de membres de la famille.

Auteurs

* Guarnaccia, P.J., G. Canino, M. Rubio-Stipec et M. Bravo (1993). The Prevalence of Ataques de Nervios in the Puerto Rico Disaster Study : the Role of Culture in Psychiatric Epidemiology, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (3) : 157-165.

Événements

Inondations et glissements de terrain à Puerto Rico (1985).

[317]

Groupe étudié

Adultes (912 personnes) de 17 à 68 ans avec ou sans attaques nerveuses.

Méthodes/outils

* Étude épidémiologique.

* Outils : DIS, ECA (version espagnole), DSM-111 + variables diverses.

Résultats/faits saillants

Les attaques nerveuses, symptômes de détresse, semblent se manifester plus fréquemment chez les femmes, les gens plus âgés, peu scolarisés et mariés. Ces personnes rencontrent plus souvent les critères d'anxiété et de dépression que celles qui ne sont pas victimes d'attaques nerveuses. Une combinaison de facteurs (désavantages sociaux, désordres psychiatriques, santé atténuée) chez des sujets les rendent plus vulnérables à subir des attaques nerveuses. Selon les résultats, 16% des personnes ont présenté une attaque nerveuse, dont 109 sujets à un degré grave (consultation médicale, médication, altération fonctionnelle) qui ne résultait pas de maladie physique ou d'usage de substances.

Auteurs

*** Hall, S. et P.W. Landreth (1975). Assessing Long-term Consequences of Natural Disaster, *Mass Emergencies*, 1 : 55-61.

Événement

Inondations de Rapid City (1972).

Groupe étudié

Adultes (35 ménages).

Méthodes/outils

Étude comparative à partir de données pré et post-désastre de diverses provenances et d'entrevues.

Résultats/faits saillants

La quantité de travail a augmenté moindrement comparativement au bassin de travailleurs. Ainsi, le chômage est passé de 3,9% à 11% pour les premiers mois suivant l'inondation. Dans l'année suivante, le nombre de travailleurs a augmenté de nouveau, mais la reconstruction a pu ramener le taux de chômage légèrement en-dessous du niveau précédant le désastre. Le taux de divorce a significativement augmenté ainsi que le nombre d'avortements (on ne précise pas si provoqués ou spontanés) et les arrestations pour abus d'alcool. Chez les familles relocalisées [318] dans un parc temporaire de maisons mobiles, on a remarqué une hausse significative du recours au bureau d'emploi et de l'absentéisme scolaire. On a aussi eu davantage recours à l'hospitalisation et aux visites médicales en cliniques externes. De plus, chez les familles, on a noté une hausse significative du recours à l'assistance sociale pour les enfants. L'auteur parle aussi de confrères ayant mentionné les impacts négatifs de la relocalisation dans des maisons mobiles.

Auteur

** Hurst, J.L. (1980). Psychological Effects of Exposure to Natural Disaster, *Dissertation Abstracts International*, 42 (01) : 375-B.

Événement

Tornade en Indiana.

Groupe étudié

Adultes (77 personnes).

Méthodes/outils

- * Étude comparative avec groupe contrôle.
- * Outils : observations cliniques et analyse à régression multiple.

Résultats/faits saillants

À partir d'un film visionné par les participants, on a pu établir que les souvenirs associés au désastre peuvent produire un état affectif négatif et augmenter l'activité du système nerveux autonome. Ces souvenirs amènent des réponses émotionnelles conditionnées chez les victimes du désastre.

(Note : Utilité : la réexposition à des événements pouvant rappeler l'inondation chez les victimes.)

Auteurs

** Janerich, D.T, A.D. Stark, P. Greenwall, W.S. Burnett, H.T. Jacobson et J. McCusker (1981). Increased Leukemia, Lymphomia and Spontaneous Abortion in Western New York following a Flood Disaster, *Public Health Reports*, 96 : 350-356.

Événement

Inondations à la suite de l'ouragan Agnès (1972).

Groupe étudié

Adultes (nombre de participants non spécifié).

[319]

Méthodes/outils

* Étude comparative entre les données provenant de populations riveraines, non riveraines et le reste de la région ouest de l'État de New York.

* Outils : données sur les taux de leucémie et maladies lymphatiques (ICDA-204-208), ICDA-200-202) de l'Unité épidémiologique du Centre du cancer de l'Université de Rochester, U.S, données sur les avortements spontanés.

Résultats/faits saillants

Les données (1966-1977) provenant de quatre comtés affectés par les inondations ont démontré une augmentation, entre 1972 et 1977, de 20 à 50% des cas de leucémie et de maladies lymphatiques chez les populations riveraines. On a aussi noté une hausse significative des avortements spontanés en 1973 chez les riverains, également après étude des statistiques de 1970 à 1977. Le taux d'avortements spontanés était plus bas avant et après 1973 si on comparait les vallées avec le reste de la région ouest de l'État. Les taux pour le cancer démontraient une augmentation de 35% par rapport à ceux attendus dans les vallées à rivières. Avant 1974, les niveaux étaient semblables dans les vallées avec ou sans rivière et le reste de la région ouest de l'État.

(Note : Risque de radiation et contamination des provisions d'eau.)

Auteurs

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

Événement

Tremblement de terre dans la région de la baie de San Francisco (1992).

Groupes étudiés

Adultes (travailleurs en santé et étudiants en médecine [222/942]).

Méthodes/outils

Outil : questionnaire basé sur l'IES.

Résultats/faits saillants

Plus de la moitié des sujets ont confirmé ressentir parfois et souvent des pensées dérangeantes, se sentir hypervigilants, attirés par les comptes rendus des médias et éprouver de la peur dans des secteurs vulnérables. Ils ont aussi mentionné essayer de se comporter comme si de rien n'était et se préparer pour un éventuel tremblement de terre. [320] Le genre des répondants s'est montré déterminant en relation avec la fréquence de l'intensité des symptômes, les femmes ayant obtenu un score très élevé de symptômes. Le rôle ou la fonction semble aussi influencer sur l'intrusion, les étudiants ayant obtenu un score moins élevé que les médecins et travailleurs de la santé. Un sinistre semble engendrer une période d'adaptation comportant, dans sa phase critique de post-tremblement, certains symptômes d'intrusion et d'évitement ne correspondant pas à des psychopathologies. Des facteurs peuvent déclencher une réponse plus forte chez un individu en relation avec la proximité de l'épicentre.

Auteurs

*** Kaniasty, K.Z. et F.H. Norris (1993). A Test of the Social Support Deterioration Model in the Contexte of Natural Disaster, *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, (3) : 395-408.

Événement

Inondations au Kentucky (1981).

Groupes étudiés

Adultes de plus de 55 ans (2931/374/222).

Échantillon final de 222 personnes (37 victimes primaires, 106 secondaires et 79 non-victimes).

Méthodes/outils

* Étude longitudinale (1981-1983-1985).

* Outils : LLSS, CES-D, programme informatique LISREL.

Résultats/faits saillants

Selon trois types de médiateurs de stress, soit l'intégration sociale, le soutien non familial perçu et le soutien familial perçu, on a pu vérifier le rôle de soutien non familial comme médiateur de stress après le désastre. On a aussi pu mettre en évidence le déclin de l'intégration sociale à la suite d'un tel événement. Les auteurs n'ont pu attribuer de rôle de médiation du stress au soutien familial. Il ressort, entre autres, que les traumatismes et pertes remettent en question les ressources sur lesquelles sont établies la santé physique et psychologique. Un an après le désastre, on a noté une augmentation des symptômes dépressifs autant chez les sujets que chez l'ensemble de la population. Les dommages à la communauté ont eu un effet à plus long terme sur l'apparition des symptômes chez les victimes et les personnes non touchées. On a aussi noté un lien entre le stress et le soutien social, les pertes tant individuelles que communautaires entraînant une détérioration du soutien apporté. [321] On a aussi fait ressortir le rôle proactif du soutien social lors de désastres et son impact sur la médiation du stress.

Auteurs

* Kent D. D. et R.A. Francis (1995). *Psychophysiological Indicators of PTSD following Hurricane Iniki : the Multi-sensory Interview*, Quick Response Report n° 77, Natural Hazards Center.

Événement

Ouragan Iniki, Hawaï (1992).

Groupe étudié

Adultes (24 personnes).

Méthodes/outils

* Étude transversale six à huit semaines après l'événement.

* Outils : CAPS-1, IES, Keane MMPI-2 Scale Penn Inventory (26 items), DES, SEC, LTQ et le visionnement d'une cassette ainsi que le MSI.

Résultats/faits saillants

Le but de l'étude était d'évaluer les symptômes d'ÉSPT et la réactivité psychologique. Selon les résultats du CAPS-1, 47,8% des sujets ont rencontré tous les critères du diagnostic de SSPT. Selon l'entrevue basée sur le DSM-111-R, 26,1% des sujets démontraient un ÉSPT partiel et 26,1% n'avaient aucun symptôme. Cette étude est importante en raison de son regard sur la réponse physiologique chez des survivants d'un ouragan tôt après le désastre. Les résultats démontrent qu'un haut pourcentage (73%) des sujets a rencontré pleinement ou partiellement les critères d'un diagnostic d'ÉSPT qui découlent de la dévastation de la tempête et de la perturbation de la vie expérimentée au moment de l'évaluation. Il est important de noter qu'une forte proportion (39%) de ces sujets ont aussi rapporté soit de pleins ou de partiels symptômes d'ÉSPT à vie reliés à une expérience traumatisante antérieure. Cela suggère un fort besoin d'évaluer les victimes sous cet aspect ainsi que l'impact des traumatismes antérieurs. L'existence de situations traumatisantes multiples a aussi été reliée significativement au degré de symptomatologie courante d'ÉSPT, même en contrôlant les différences démographiques et le degré d'exposition à l'ouragan. Les interactions entre les multiples traumatismes et le genre suggèrent qu'une attention doit être portée relativement à celui-ci dans l'évaluation des traumatismes. Les résultats significatifs qui ont été démontrés par les

corrélations entre les variables psychophysiologiques (Skin Conductance Measures = vue, ouïe, odorat, narration, etc.) et un niveau de diagnostic courant de SSPT (degré [322] de confiance à 90% et plus) répondent et extensionnent les résultats de recherches précédentes en utilisant un nouveau protocole (le MSI).

Auteurs

* Lachance, K.R., A.B. Santos et B.J. Burns (1994). Brief Program Report. The Response of an Assertive Community Treatment Program following a Natural Disaster, *Community Mental Health Journal*, 30 (5) : 505-515.

Événement

Ouragan Hugo, Caroline du Sud (1989).

Groupe étudié

Adultes atteints de maladie mentale sérieuse (47 personnes).

Méthodes/outils

Étude descriptive de l'impact de l'organisation d'un centre communautaire dispensant aussi de l'aide à domicile.

Résultats/faits saillants

Dans les trois mois suivant le désastre, on n'a noté aucune réhospitalisation psychiatrique. Les interventions à domicile ont été plus intenses. On a aussi remarqué que des patients pourtant gravement atteints (Seriously Mentally Ill, SMI) avaient développé des aptitudes à l'organisation qu'ils n'avaient pas auparavant, devenant même des aidants.

Auteurs

Lalande, G., D. Maltais et S. Robichaud (2000). Les sinistrés des inondations de 1996 au Saguenay : problèmes vécus et séquelles psychologiques, *Santé mentale au Québec*, XXV, (1) : 95-116.

Événement

Inondations de juillet 1996 au Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec.

Groupe étudié

30 adultes.

Méthodes/outils

- * Études de cas selon analyse clinique.
- * Étude exploratoire de type qualitatif.

Résultats/faits saillants

Cet article poursuit l'objectif d'inventorier les différents problèmes de [323] santé psychologique qu'ont vécus les sinistrés exposés aux inondations. Les résultats permettent de mettre en lumière l'existence de plusieurs problèmes psychologiques chez certains répondants, dont les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles de l'adaptation, les troubles de la personnalité, etc. Après plus de deux ans, plusieurs victimes présentent encore des séquelles psychologiques.

Auteurs

*** Lifton R.J. et E. Olson (1976). The Human Meaning of Total Disaster, the Buffalo Creek Experience, *Psychiatry*, 39 : 1-18.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Groupe étudié

Adultes (22 personnes).

Méthodes/outils

- * Observation systématique.
- * Outils : entrevues en profondeur.

Résultats/faits saillants

Dans un recours juridique contre la compagnie Pittston, les auteurs ont eu à évaluer la détérioration psychologique en se basant sur les effets de la catastrophe sur l'expérience du désastre lui-même sur le bien-être des résidents et sur la destruction de la communauté. La poursuite fut réglée pour 13,5 millions, dont la moitié accordée en regard de la dégradation psychologique des victimes. Après 30 mois, plusieurs personnes ressentent toujours le symptôme de mort imminente. Les gens ont aussi très peur de dormir quand il pleut. La peur des foules est aussi associée au désastre et ressentie par un grand nombre de personnes. Les cauchemars persistent également. Ceux qui ont survécu n'arrivent pas à se pardonner de n'avoir pu faire quelque chose pour les autres et ressentent de la culpabilité. Celle-ci affecte la vitalité et le plaisir de vivre des individus. Les gens ont aussi enregistré une diminution de leur capacité à éprouver des sentiments (engourdissement émotionnel et psychique), ce qui correspond à une réaction extensive à la stupeur vécue. Les sujets ont perdu le goût d'entretenir des relations amicales et intimes et ressentent divers symptômes physiques (fatigue générale, perte d'appétit, douleur et dysfonction d'organes, problèmes gastro-intestinaux, etc.). Un autre symptôme se manifeste aussi lorsque les survivants ne peuvent exprimer leur douleur, soit l'hyperactivité. Ils ressentent toujours une rage qu'ils ne peuvent focaliser après 30

mois. La majorité des sujets, [324] sinon tous, ressentait ces symptômes. La situation de Buffalo Creek en est une de désespoir et de dépression chronique. La santé des survivants pourrait être améliorée, entre autres par une reconnaissance de leur souffrance et de l'action ou l'inaction de certains.

Auteurs

* Lima, B., H. Santacrus, J. Losano, J. Luna et S. Pai (1987). *Mental Health Problem of Disaster victims*. The Psychological Consequences of Life-threatening Experiences Conference, New-Orleans, 18 au 22 octobre 1987.

Événement

Éruption volcanique à Armero en Colombie (1965).

Groupe étudié

Adultes survivant au désastre (177 personnes).

Méthodes/outils

Outils : questionnaire SRQ, évaluation psychiatrique

Résultats/faits saillants

Les diagnostics positifs les plus fréquents révélés par le SRQ sont, en ordre décroissant : l'état de stress post-traumatique, la dépression majeure, le problème généralisé d'anxiété, l'abus d'alcool et les phobies. L'évaluation psychiatrique rend compte aussi de désordres fréquents tels des syndromes de stress post-traumatique, de dépression majeure et de problème généralisé d'anxiété.

Auteurs

** Logue J.N. et H. Hansen (1980). A Case-control Study of Hypertensive Women in a Post-disaster Community : Wyoming Valley, Pennsylvania, *Journal of Human Stress*, 6 : 28-34.

Événement

Inondations en Pennsylvanie (1972).

Groupe étudié

Adultes (31 + 29 personnes) de sexe féminin.

Méthodes/outils

* Étude corrélationnelle.

* Outils : questionnaire sur la santé (105 items), échelle de Zung pour la dépression, le Langer's Screening Instrument (22 items) les cinq premières dimensions du SCL-90.

[325]

Résultats/faits saillants

Cinq ans après le désastre, 31 femmes ayant été inondées (sur 396 victimes d'une étude antérieure) avaient développé de l'hypertension. La perte de propriété, les difficultés financières et la consommation d'alcool ont été significativement associées à l'hypertension ($p < .05$). Le groupe avec hypertension vivait une plus grande détresse ($p < .01$). Le degré de support social après l'inondation ne semblait pas affecter la fréquence de l'hypertension. La somatisation et l'anxiété étaient significativement associées à l'hypertension ($p < .05$).

Auteurs

** Lutgendorf, S.K., M.H. Antoni, G. Ironson, M.A. Fletcher, F. Penedo, A. Baum, N. Schneiderman et N. Klimas (1995). Physical Symptoms of Chronic Fatigue Syndrome Are Exacerbated by the Stress of Hurricane Andrew, *Psychosomatic Medicine*, 57 : 310-323.

Événement

Ouragan Andrew (1992).

Groupes étudiés

Adultes (49 personnes), soit 25 d'une région plus affectée et 24 d'une région moins affectée.

Méthodes/outils

- * Étude comparative à deux intervalles.
- * Outils : questionnaire, entrevues, examens physiques, SIP.

Résultats/faits saillants

Cette étude a examiné les effets de l'ouragan sur les symptômes physiques et les détériorations fonctionnelles chez un échantillon atteint du syndrome de fatigue chronique (SFC). On a voulu tester l'hypothèse selon laquelle les personnes davantage exposées démontraient une plus grande exacerbation dans le SFC et des détériorations liées aux activités de la vie quotidienne. Les chercheurs ont trouvé que les patients qui demeuraient dans la région la plus touchée démontraient une hausse significative de rechutes enregistrées par les médecins et des exacerbations dans la fréquence de plusieurs catégories de symptômes de SFC rapportés, comparativement au groupe provenant d'une région moins touchée. La détérioration fonctionnelle face aux activités quotidiennes qui a été mesurée a aussi enregistré une hausse significative chez le groupe le plus exposé. Quoique l'étendue de la perturbation due à la tempête fût un facteur significatif dans la prédiction des rechutes, la réponse de la détresse post-ouragan des patients était, seule, le plus [326] fort prédicteur de probabilité et de gravité de rechute et de dété-

rioration fonctionnelle. De plus, l'optimisme et le support social étaient significativement associés à un plus bas fardeau de maladie après l'ouragan, au-delà des perturbations de la tempête rapportées et des réponses à la détresse. Ces résultats procurent de l'information sur l'impact des facteurs de stress environnementaux et des facteurs psychosociaux dans l'exacerbation des symptômes de SFC.

Auteurs

* Madakasira S. et K.F. O'Brien (1987). Acute Post-traumatic Stress Disorder in Victims of a Natural Disaster, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 : 286-290.

Événement

Tornade en Caroline du Nord (1984).

Groupe étudié

Adultes (279 personnes, dont 116 ont été évaluées pour SSPT).

Méthodes/outils

Outils : SCL et DSM-111 (Diagnosis of PTSD).

Résultats/faits saillants

L'étude fut réalisée cinq mois après le désastre, dans une communauté rurale. Cent seize victimes qui y ont participé ont été évaluées par le DSM-111 afin de diagnostiquer l'ÉSPT. Il ressort que 59% (n=69) des victimes ont rencontré les critères d'ÉSPT, dont 16% (n=19) sous une forme grave. L'ÉSPT était associé à des scores en augmentation selon le HSCL : les victimes avec un ÉSPT non grave (n=50), lorsque comparées avec celles sans ÉSPT (n=42), affichaient un score significativement plus élevé selon tous les facteurs des sous-échelles (tous $p < .0005$), soit, pour la somatisation ($t=5.7$, $df=90$), l'obsessivité-compulsivité ($t=5.3$, $df=90$), la sensibilité interpersonnelle ($t=5.0$, $df=89$), la dépression ($t=7.0$, $df=89$) et l'anxiété ($t=3.9$, $df=90$). Des résultats significativement plus élevés ont aussi été constatés pour tous les facteurs chez les victimes avec un ÉSPT grave comparativement avec celles dont l'ÉSPT était non grave. La combinaison des facteurs de dépression et de somatisation était aussi significativement associée à la présence d'un ÉSPT ($\chi^2=4.9$, $df=2$, $p < .03$). Les auteurs suggèrent que cet outil (SCL) peut être très utile pour détecter l'ÉSPT dans une grande population. Un aspect méthodologique important : il y a eu peu de retour des questionnaires d'ÉSPT (n=116) ; cela peut être expliqué par un degré de scolarité peu élevé de l'échantillon. Cela peut aussi être dû au déni des symptômes (McFarlane, [327] 1984). Les pensées intrusives, reliées à une réexpérimentation de l'événement

(DSM-111), ont été le symptôme le plus rapporté. Une incidence de 59% d'ÉSPT chez les victimes d'une tornade peut sembler élevée, mais elle rejoint les pourcentages de 45% à 81% rapportées par certains chercheurs (Atkinson *et al.*, 1984, Birkhimer *et al.*, 1985 et Lindy *et al.*, 1984). Les auteurs mentionnent également le lien entre l'ÉSPT et un support social inadéquat.

Auteurs

Maltais, D., C. Lalonde, C. Bellerose, S. Robichaud, A. Simard, A. Lebeau et R. Mayer (2000). *Les conséquences de la tempête de verglas sur la santé des individus, des intervenants et des communautés : rapport synthèse*, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi.

Événement

Tempête de verglas de 1998, Montréal, Montérégie, Canada.

Méthodes/outils

Rapport-synthèse sur plusieurs recherches sur les conséquences de la tempête de verglas sur la santé des individus, des intervenants et des communautés.

Résultats/faits saillants

Le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) a mandaté cette équipe pour réaliser diverses études sur les conséquences de la tempête de verglas. Ce document présente les faits saillants des différentes recherches réalisées dans le cadre de ce mandat. De plus, la première partie de ce rapport analyse les documents produits par la Commission scientifiques et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas (Commission Nicolet).

Auteurs

Maltais, D., L. Lachance, M. Fortin, S. Robichaud, C. Fortin et A. Simard (2000). L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996 : étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés, *Santé mentale au Québec*, XXV (1) : 116-138.

Événement

Inondations de juillet 1996 au Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec.

Groupes étudiés

177 sinistrés, 168 non-sinistrés.

[328]

Méthodes/outils

- * Étude transversale.
- * Différentes questions abordant la perception de l'état de santé psychologique.
- * Outils : General Health Questionnaire, Impact of Event Scale, Affect Balance Scale, Beck Depression Inventory.

Résultats/faits saillants

Deux ans après les inondations, les sinistrés présentent un état de santé psychologique plus précaire que les non-sinistrés. C'est ainsi que les sinistrés montrent des scores plus élevés aux différentes échelles de mesure utilisées. Ils présentent, par exemple, plus de manifestations de stress post-traumatique et de plaintes somatiques, ont des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété et de dysfonctionnement social que les non-sinistrés. Toutefois, aucune différence significative entre les répondants n'est relevée en ce qui concerne la dépression sévère. Les sinistrés ont cependant un niveau de bien-être psychologique inférieur aux non-sinistrés. Au plan de la santé physique, les victimes des inondations sont plus nombreuses que les non-sinistrés à considérer que leur état de santé est mauvais ou moyen et à déclarer l'apparition de nouveaux problèmes de santé chez eux

ou chez un membre de leur famille. Les sinistrés sont également plus nombreux à constater l'exacerbation de problèmes de santé existants ainsi que l'augmentation de la consommation de médicaments prescrits ou non prescrits.

Auteurs

Maltais, D., S. Robichaud, G. Lalande et A. Simard (1998). De la stupeur à l'adaptation - le long parcours des sinistrés, in M.-U. Proulx, *Une région dans la turbulence*, Québec, Presses de l'Université du Québec : 129-151.

Événement

Inondations de juillet 1996 au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Méthodes/outils

Recension des écrits et études de cas.

Résultats/faits saillants

Ce chapitre de livre aborde les conséquences des catastrophes sur la santé biopsychosociale des individus et illustre, à partir d'études de cas, les impacts qu'ont eus les inondations de juillet 1996 sur la vie des sinistrés.

[329]

Auteurs

Maltais, D., S. Robichaud et A. Simard (2000). Redéfinition de l'habitat et santé mentale des sinistrés suite à une inondation. *Santé mentale au Québec*, XXV (1), 74-94, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi.

Événement

Inondations de juillet 1996 au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Groupe étudié

69 adultes ayant perdu leur maison lors des inondations.

Méthodes/outils

Étude qualitative avec questions semi-directives.

Résultats/faits saillants

Plusieurs individus ont été marqués par le sinistre, tant sur le plan économique (endettement) que sur le plan de la conception du chez-soi. Les sinistrés ont également dû faire face à différents problèmes de santé. Deux ans après les inondations, la nostalgie et la déception pèsent lourd parce que la presque totalité des individus ont été incapables de trouver une nouvelle demeure satisfaisante.

Auteurs

Maltais, D., S. Robichaud et A. Simard (2000). *Les conséquences de la tempête de verglas sur la santé biopsychosociale des sinistrés (familles, personnes âgées et agriculteurs) en fonction du mode d'habitation*, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi.

Événement

Tempête de verglas de janvier 1998.

Groupes étudiés

109 sinistrés, dont 54 adultes avec jeunes enfants, 28 personnes âgées et 27 agriculteurs.

Méthodes/outils

Étude qualitative, questions semi-directives.

Résultats/faits saillants

Cette étude décrit le contexte dans lequel les sinistrés ont pris conscience de la gravité de la situation et ont pris les décisions qui s'imposaient. Les difficultés rencontrées par les sinistrés sont regroupées en fonction du mode d'hébergement utilisé, soit le maintien dans sa résidence, [330] l'hébergement chez des membres de la famille ou chez des amis ou en centre de dépannage. Les données recueillies auprès des répondants permettent de constater que les individus ayant séjourné en centres de dépannage ont fait face à plus de difficultés relationnelles et à plus de problèmes de santé physique ou psychologique. Notons toutefois que, lors de la cueillette des données, soit un an après la catastrophe, les problèmes rencontrés lors de la crise n'étaient plus présents chez presque la totalité des répondants.

Auteurs

* McDonnell, S., R.P. Troiano, N. Barker, E. Noji, G.W. Hlady et R. Hopkins (1995). Long-term Effects of Hurricane Andrew : Revisiting Mental Health Indicators, *Disasters : the Journal of Disaster Studies and Management*, 19 (3) : 235-246.

Événement

Ouragan Andrew, Floride (1992).

Groupes étudiés

Familles (300 par zone) provenant de six zones affectées par le désastre à des degrés grave, modéré et fort.

Portant sur deux périodes (1992-1993).

Note : Les individus faisant partie de l'échantillon sont uniquement des adultes.

Méthodes/outils

* Étude épidémiologique comparative

* Outils : questionnaire standard pour l'évaluation de la détresse psychologique, questions relatives au SSPT pour les zones touchées fortement (1993).

Résultats/faits saillants

L'objectif est de comparer la présence de symptômes de détresse psychologique reliés à l'ouragan. Les familles des régions touchées fortement ont rapporté une augmentation de la prévalence de symptômes de détresse psychologique et de besoins de services sociaux et de santé (Centers for Disease Control, 1993). La prévalence augmentait selon le degré d'atteinte de la communauté par l'ouragan. Une diminution des symptômes fut remarquée dans les régions moins touchée 13 mois après l'ouragan (étude de 1993), mais les symptômes demeuraient élevés dans les zones fortement touchées : 14% des familles ont mentionné qu'au moins un de leurs membres était stressé jusqu'à perdre le contrôle et 25% [331] ont rap-

porté des symptômes d'anxiété et de dépression. De plus, 40% des familles mentionnaient des pensées récurrentes relatives à l'ouragan (symptôme d'ÉSPT) chez un des leurs. Certaines familles sont significativement plus susceptibles de mentionner des symptômes de détresse psychologique (faible revenu, manque de nourriture, incapacité financière de consulter un médecin, mauvaise santé). Chez l'ensemble, 17% des familles mentionnent qu'un de leurs membres a perdu son emploi à la suite de l'ouragan. Les familles qui ont rapporté des symptômes de détresse psychologique (n=371) sont significativement plus susceptibles de mentionner un changement ou une perte d'emploi, des difficultés d'accès à des services médicaux et des problèmes d'acquisition de nourriture que celles n'en ayant pas rapporté. Aussi, ces familles rapportaient plus de crimes et de violences dans leur communauté et une situation de vie détériorée comparativement à avant le désastre (résultats significatifs). En conclusion, on a noté des effets à long terme sur la santé psychologique (perdurant après 16 mois). L'exposition élevée serait prédictrice de détresse mentale, surpassant plusieurs autres variables.

Auteurs

* McFarlane, A.C. et P. Papay (1992). Multiple Diagnosis in Posttraumatic Stress Disorder in the Victims of a Natural Disaster, *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180 (9) : 498-504.

Événement

Feu de brousse, Australie (1983).

Groupes étudiés

Adultes (469 personnes), dans un premier temps, plus deux sous-groupes 42 mois après.

Méthodes/outils

* Étude longitudinale avec groupe contrôle.

* Outils : questionnaire sur la santé globale administré 4, 11 et 29 mois après le désastre, questionnaire LEM administré 8 et 29 mois suivant l'événement, entretiens à l'aide du DIS.

Résultats/faits saillants

Seulement 23% des sujets qui avaient développé l'état de stress posttraumatique ne souffraient pas d'un trouble concomitant, sauf celui de dépression majeure. La co-morbidité est apparue comme un élément important de prédiction de l'ÉSPT chronique. Les sujets souffrant seulement d'ÉSPT étaient ceux qui semblaient avoir été les plus exposés. Les événements négatifs antérieurs et ultérieurs semblent avoir une incidence [332] sur la réaction du déclenchement de certains problèmes tels l'anxiété et les problèmes affectifs.

Auteurs

* Mellman, T.A., D. David, R. Kulick-Bell, J. Hebding et B. Nolan (1995). Sleep Disturbance and its Relationship to Psychiatry Morbidity after Hurricane Andrew, *American Journal of Psychiatry*, 152 (11) : 1659-1663.

Événement

Ouragan Andrew (1992).

Groupe étudié

Adultes (54 + 9+ 10 personnes).

Méthodes/outils

* Étude comparative avec groupe témoin (victimes saines, victimes avec problèmes psychiatriques avant l'événement et groupe témoin).

* Outils : Pittsburgh Sleep Quality Index., rapport JRT de Davidson *et al.* SCL-90, DSM-111-R.

Résultats/faits saillants

Après l'ouragan, on a constaté de multiples problèmes chez les étudiants, dont l'ÉSPT. Parmi ces réactions et symptômes, on retrouve les pensées dérangeantes, les problèmes de sommeil, les affections somatiques, des problèmes de mémoire et d'attention et des symptômes d'anxiété et de dépression. La gravité des dommages à la propriété et la crainte de blessures sont liées à la gravité des symptômes post-traumatiques. En accord avec d'autres études, on remarque que les réactions d'ÉSPT sont plus importantes chez les individus plus touchés au plan matériel et physique.

Auteur

* Milnes, G. (1977). Cyclone Tracy : 1. Some Consequences of the Evacuation of Adult Victims, *Australian Psychologist*, 12 : 39-54.

Événement

Cyclone à Darwin, Australie (1974).

Groupes étudiés

Adultes (416 personnes), soit 90 non-évacués, 107 évacués et retournés sur place et 219 évacués jamais retournés.

Méthodes/outils

* Étude comparative et corrélationnelle.

[333]

* Outils : questionnaire Darwin comprenant les avertissements pré-cyclone, le stress, les blessures, les dommages, le stage urgence post-cyclone, le stage de réhabilitation, la perception des services organisationnels et le BNDC.

Résultats/faits saillants

Les résultats ont démontré que ceux qui étaient demeurés sur place se portaient mieux que les deux groupes évacués. Ceux qui ne sont jamais retournés à Darwin expérimentaient plus de dépression, de manque de confiance et de dérangements psychosomatiques que les autres groupes. Milne a aussi proposé que ceux qui sont retournés avaient conservé des ressources de support social intactes et que les patterns d'adaptation post-désastre des retournés étaient plus semblables à ceux qui n'avaient pas quitté comparativement à ceux qui ne sont pas retournés sur place. Il fut aussi trouvé que dix mois après l'événement, les personnes demeurées sur place démontraient encore des problèmes émotionnels et des craintes. Le groupe non retourné a été plus affecté par le stress psychologique, les blessures physiques, les pertes de possessions et les dommages au domicile que le groupe demeuré sur place. Selon le BNDC, le groupe non retourné a démontré un plus haut niveau d'inquiétude pour l'avenir et on a remarqué une hausse de l'usage de cigarettes, d'alcool et d'analgésiques, contrairement à un résultat non significatif chez les deux autres groupes. Les problèmes somatiques étaient aussi plus fré-

quents chez le groupe non retourné (maux de tête, manque d'énergie). Certaines épouses (3% des 340) ont démontré de l'inquiétude quant à la survie de leur union. Les sujets souffraient de désordres émotionnels tels l'anxiété, les états dépressifs, la peur du vent, l'abus d'alcool, les problèmes de sommeil et les accès de colère et d'hystérie. Les désordres émotionnels étaient plus fréquents chez les femmes du groupe non retourné (31,5%) comparativement au groupe demeuré sur place (10,7%) et au groupe qui avait réintégré (12,5%). La même tendance s'observait chez les hommes. Dans l'ensemble, les personnes évacuées sans retour sont plus atteintes aux plans psychologique et physique.

Auteurs

* Nolen-Hoeksema, S., et L. Morrow (1991). A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster : The 1989 Loma Pietra Earthquake, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1) :115-121.

Événement

Tremblement de terre de Lama Pietra (1989).

[334]

Groupe étudié

Adultes (étudiants d'un cours de psychologie [250 personnes]).

Méthodes/outils

* Étude prospective.

* Outil : questionnaire complété à trois intervalles de temps (avant et après le sinistre) selon un échantillonnage décroissant.

Résultats/faits saillants

Aucune différence significative de genre dans les styles de réponses ou les résultats de dépression obtenus avant et après le sinistre. Les facteurs de stress les plus souvent mentionnés furent les dérangements face aux activités de la vie quotidienne (36%), les dommages matériels (20%), les dommages ou blessures subis par la famille ou les amis (19%) et les dommages à leur maison (7%). Les sujets plus déprimés avant le séisme et qui ont été plus exposés à celui-ci ont démontré des niveaux plus élevés de dépression dans les dix jours et les sept semaines suivant le séisme.

Auteurs

*** Norris, F.H. et KZ Kaniasty (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress : a Test of the Social Support Deterioration Deterrence Model, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (3) : 498-511.

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Sud (1989) (Étude 1) et ouragan Andrew (1992) (Étude 2).

Groupes étudiés

Étude 1 : 10 000 adultes provenant de quatre localités (240 dans chacune) + échantillon stratégique de 1990. Évalués à deux périodes (12 et 24 mois) après l'événement.

Étude 2 : 404 sujets (205 femmes et 199 hommes).

Méthodes/outils

* Étude 1 : Étude comparative.

Outils : ISSB, ISEL, SPS, DSBSI, PSS et des variables de contrôle (variables sociodémographiques + événements de vie désirables et indésirables et potentiellement traumatiques), analyse de données LISREL.

* Étude 2 : Entrevue portant sur les blessures, la menace à la vie et les pertes personnelles. Le support perçu et reçu (idem outils Étude 1), CES-DS [335] et des variables sociodémographiques et des événements de la vie récents.

Résultats/faits saillants

Les auteurs ont évalué l'impact du support social reçu sur les niveaux subséquents de support social perçu et de détresse psychologique dans deux échantillons indépendants de victimes de désastres. Le modèle de prévention proposé stipule que la mobilisation du support reçu après un désastre neutralise la détérioration des attentes de support souvent vécues par les victimes d'événements majeurs de la vie. Des données recueillies après les deux événements ont confirmé

que le support perçu sert d'intermédiaire aux effets à long terme sur la détresse et le support reçu après le désastre.

L'étude 1 suggère qu'après un an, l'étendue de l'exposition au désastre était positivement associée au statut minoritaire et aux événements de la vie, et négativement associée à l'âge et l'éducation. Le support reçu est positivement associé au sexe féminin et aux gens mariés, et négativement lié au statut minoritaire et à l'âge. La détresse est positivement liée à d'autres événements de vie et corrélée négativement avec le statut minoritaire, l'âge et l'éducation. Les répondants les plus fortement exposés démontraient une plus grande détresse. Plus le support reçu est élevé, plus le support perçu le sera également. Plus ce dernier sera élevé, moins la détresse sera importante. Après 24 mois, le support perçu est positivement associé au sexe féminin, aux gens mariés et à l'éducation, et négativement associé au statut minoritaire et à l'âge. L'évaluation protectrice du support fournit une forte évidence du rôle protecteur du support perçu. Le support reçu joue également un rôle protecteur et exerce ses effets positifs à long terme indirectement à travers le maintien du support perçu.

Étude 2 : après six mois, l'étendue de l'exposition est positivement associée au statut minoritaire, au sexe féminin, aux gens mariés et aux événements de vie, et négativement liée à l'âge. Le support perçu est positivement associé à l'éducation et négativement lié au statut minoritaire. La détresse corrèle positivement avec le sexe féminin et les événements de la vie, et est négativement associée au statut minoritaire et à l'âge. Comme pour l'étude 1, l'effet total de l'étendue du désastre sur le support perçu est substantiellement moindre que l'effet direct. Les effets dommageables de l'ouragan Andrew sont réduits en raison de la mobilisation des comportements de support actuel et de la protection que cela procure aux futures perceptions de support. L'exposition affecte la santé psychologique à travers la détérioration du support perçu. Après 28 mois, [336] le support perçu est positivement associé au sexe féminin et aux gens mariés, et négativement lié à l'âge et aux événements de la vie. La détresse est positivement liée au sexe féminin et aux événements de vie. Bien que réduits, les effets de l'ouragan sur le support perçu demeurent forts. La prévention de la détérioration se produit, mais sans force suffisante pour neutraliser l'impact bouleversant persistant du désastre sur les réseaux sociaux et le support.

Auteurs

* Norris, F.H. et G.A. Uhi (1993). Chronic Stress as a Mediator of Acute Stress : the Case of Hurricane Hugo, *Journal of Applied Social Psychology*, 23 (16) : 1263-1284.

Événement

Ouragan Hugo (1989).

Groupes étudiés

Adultes (930 personnes) provenant de quatre communautés affectées par le désastre + un groupe contrôle.

Méthodes/outils

* Étude comparative.

* Outils : entrevues (Hollingshead et Redlick, 1958) ; stress aigu : entrevues mesurant le tort et la perte ; stress chronique : Seven-dimensional Measure of Chronic Stress (Eckenrode, 1984 ; Pearlin et Schooler, 1978) ; détresse psychologique : BSI.

Résultats/faits saillants

Les dommages à la propriété ne sont pas liés aux aspects de la détresse, mais les pertes financières et personnelles ont des effets modestes sur tous les aspects de cette dernière, sauf pour l'hostilité. Les victimes avec blessures sont plus symptomatologiques que les victimes ayant craint pour leur vie et les non-victimes. Après contrôle des variables démographiques, chaque mesure du stress chronique (stress : marital, parental, filial, financier, occupationnel, écologique et physique) est significativement influencé par une ou plusieurs mesures du stress aigu (blessure, menace, dommages à la propriété, pertes financières, pertes personnelles). Le stress physique a les plus forts effets indépendants sur la détresse, suivi du stress financier et du stress marital. Le stress parental n'est pas lié à la détresse. Les pertes financières ont été corrélées à la dépression, l'anxiété et la somatisation, ainsi que les stress financier, marital, occupationnel et physique. Les pertes

personnelles (incluant souvenirs et objets de valeur sentimentale) [337] sont aussi associées à la dépression, à l'anxiété et aux plaintes somatiques.

Auteur

* Norris, F.H. (1992). Epidemiology of Trauma : Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (3) : 409-418.

Événement

Ouragan Hugo (1989).

Groupes étudiés

Adultes (1000 personnes) : 250 X 4 communautés.

Méthodes/outils

* Étude transversale.

* Outils : TSS, mesures du stress perçu, mesures du stress global (Cohen et al., 1983), DSM-111-R et le BSI (Derogatis et Spencer, 1982).

Résultats/faits saillants

Le but de cette étude était d'examiner la fréquence et l'impact d'événements traumatisants variés (10) chez un échantillon normal domicilié dans une communauté. (Il est à noter que la plupart avaient vécu l'ouragan Hugo). Il ressort que 69% avaient expérimenté au moins un des dix événements traumatisants durant leur vie, 21% en avaient vécu un dans l'année précédant l'étude. Nous retenons surtout de cette étude qu'en regard de la constellation spécifique des symptômes qui composent l'ÉSPT, les proportions s'échelonnaient de 2 à 14% dépendant de la nature de l'événement expérimenté. Excluant l'ouragan Hugo, lequel était spécifique à l'ensemble, 51 participants (5,1%) ont rencontré tous les critères de l'ÉSPT. Cette étude suggère que la prévalence courante varie de 7 à 11% chez les personnes qui ont été exposées à des crimes violents, la mort ou des accidents, et de 5 à 8% chez ceux qui ont été exposés à des risques environnementaux variés. Ces taux correspondent avec ceux rapportés par Kilpatrick et Resnick (1992) et ceux de Breslau et al. (1991).

Auteurs

* North, C.S., E.M. Smith, R.E. McCool et RE. Lightcap (1989). Acute Post-disaster Coping Adjustment, *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3) : 353-360.

Événement

Tornade en Floride (1988).

[338]

Groupe étudié

Adultes (42 personnes).

Méthodes/outils

* Étude transversale.

* Outil : DIS-DS.

Résultats/faits saillants

Des 42 sujets, 21% nient le sentiment de bouleversement. Après un mois, 92% disent se rétablir partiellement. Le taux de diagnostics psychiatriques est bas, seulement cinq sujets rencontrent les critères, dont un cas d'ÉSPT. Aucun symptôme d'abus d'alcool n'est constaté, mais cinq personnes consomment des médicaments pour se rétablir.

Auteur

*** O'Malley, C.O. (1978). Resistance-compliance Behavior in Response to Natural Disaster, *Dissertation Abstract International*, 39 : 2574-B.

Événement

Inondations (1972).

Groupes étudiés

Adultes (résidents et anciens résidents - nombre non spécifié).

Méthodes/outils

- * Étude visant à faire émerger une théorie.
- * Outil : questionnaire avec éléments quantitatifs et qualitatifs.

Résultats/faits saillants

Basée sur la théorie de l'appartenance, cette étude visait à faire émerger un nouveau modèle, soit celui du comportement résistance/conformisme. On a élaboré trois catégories de comportements de résistance/conformisme en se basant sur les dates de déménagement et sur les refus de déménager. D'autres catégories générales ont été formées afin d'effectuer des comparaisons (variables), soit les données démographiques, la date du statut de résidence, la perception du résident face au désastre et à la modernisation (aspect bureaucratique inclus), les attitudes du résident, ses valeurs et ses avoirs cognitifs, et le degré d'adaptation du résident. Les résultats ont démontré que lorsque les valeurs et diverses considérations des résidents n'étaient pas prises en compte dans les politiques et actions des autorités de redéveloppement, cela rendait leur travail inefficace. Les résidents ont également éprouvé un grand sentiment d'impuissance en regard de ces attitudes, en plus d'avoir [339] expérimenté de la souffrance à des degrés divers en raison de l'inondation et de la reconstruction. Aussi, les politiques de redéveloppement étaient potentiellement plus susceptibles de réussir lorsque les résidents étaient inclus ou jouaient un rôle actif dans la planification des actions de redressement de la communauté.

Auteurs

* Ollendick, G. et M. Hoffman (1982). Assessment of Psychological Reactions in Disaster Victims, *Journal of Community Psychology*, 10 : 157-167.

Événement

Inondation au Minnesota (1978).

Groupes étudiés

Adultes et enfants (107 ménages dont 124 adultes et 54 enfants - participation des mères pour les enfants en bas âge).

73 adultes de 60 ans et plus, 51 adultes de moins de 60 ans et 54 jeunes de 2 à 20 ans divisés en sous-groupes : 2 à 5 ans, 6 à 12 ans, 13 à 20 ans.

Méthodes/outils

* Étude rétrospective.

* Outils : échelle de Warheit, Holzer et Schwab (1975) et le SDS, liste de contrôle et BNDC.

Résultats/faits saillants

Les adultes se sont perçus plus déprimés et stressés (68% + 15% avec une différence supérieure à un écart-type) face à des doléances physiques et à l'adaptation. Toutefois, les gens âgés semblent mieux faire face au stress que les jeunes adultes. Les adultes âgés avaient davantage tendance à associer le désastre à une punition divine que les jeunes (15% contre 8%). Certains adultes ont rapporté des changements positifs à la suite du désastre lorsque ceux-ci correspondaient à une amélioration de leur localisation ou d'un logement de meilleure qualité (34% chez les âgés et les jeunes respectivement). Il y a eu peu de différence dans la gravité des réactions des enfants en fonction de l'âge. Les résultats chez les enfants varient selon l'âge et se transposent en problèmes de comportements agressifs et régressifs, peurs et problèmes de sommeil. De manière générale, la moitié des enfants auraient éprouvé des réactions temporaires, les deux tiers des réactions à long terme (dont plus de 60% avec problèmes multiples). Un changement d'école aurait pu contribuer à aggraver les problèmes vécus par les enfants. [340] On note

des différences entre les outils utilisés en ce qui a trait à la perturbation des enfants en lien avec celles de la mère (WHS pas de lien, BNDC existence d'un lien). Contrastant avec des études similaires, l'étude ne rapporte pas de perturbations familiales, maritales ou sociales à la suite du sinistre (d'où interrogation relativement à l'utilisation de ces outils - manque d'indicateurs pour l'évaluation de ces aspects). Selon les auteurs, le moment de l'entrevue pourrait avoir de l'importance puisque, selon le NIMH (National Institute of Mental Health, 1978), il existerait quatre phases du désastre : la phase héroïque (une semaine), la phase lune de miel (une semaine à six mois), la phase de désillusion (six mois à un ou deux ans) et la phase de reconstruction (après un ou deux ans).

Auteur

* Parker, G. (1977). Cyclone Tracy and Darwin Evacuees : on the Restoration of the Species, *British Journal of Psychiatry*, 130 : 548-555.

Événement

Cyclone Tracy, Australie (1974).

Groupe étudié

Adultes (68 personnes).

Méthodes/outils

* Étude longitudinale.

* Outil : GHQ

Résultats/faits saillants

La dysfonction psychologique diminue avec le temps. Au début, 58% des répondants ont obtenu un score positif au GHQ. À dix semaines, le score diminue à 41% et à 22% à 14 mois. Cette dysfonction se révèle sous forme de symptômes d'anxiété. On note une insatisfaction face au travail chez 29% des répondants à dix semaines et 22% à 14 mois. Une détérioration de la santé à dix semaines a été mentionnée par 25% des sujets et par 11% de ceux-ci à 14 mois. À 14 mois, le niveau de socialisation semble revenu à la normale, mais 11% des sujets se perçoivent encore en période d'adaptation et 67% se sentent bien adaptés à une existence différente, sinon meilleure. La peur de perdre la vie ou d'être blessé pendant l'événement est associée à un résultat positif au GHQ ($p < .005$). On constate donc une hausse générale de la morbidité.

[341]

Auteurs

*** Penick, E., B.J. Powell et W.A. Sieck (1976). Mental Health Problems and Natural Disaster : Tornado Victims, *Journal of Community Psychology*, 4 : 64-68.

Événement

Tornade au Missouri (1973).

Groupe étudié

Adultes (26 personnes).

Méthodes/outils

Étude comparative avec groupe témoin.

Résultats/faits saillants

La plupart des victimes ont mentionné que les pertes financières étaient leur plus pressant problème. Le quart des répondants ont mentionné que la tornade avait occasionné une certaine tension chez les membres de leur famille. En contraste, presque les trois quarts des personnes ont rapporté une augmentation de détresse subjective, laquelle était habituellement associée à la tension, à la nervosité et à l'anxiété ainsi qu'à des plaintes somatiques mineures. L'expérience du désastre est vue dans l'ensemble comme une autre crise de la vie n'étant pas typiquement liée à une incapacité du fonctionnement.

Auteurs

* Powell, B.J. et E.C. Penick (1983). Psychological Distress following a Natural Disaster : a One-year Follow-up of 98 Flood Victims, *Journal of Community Psychology*, 11 (3) : 269-276.

Événement

Inondation du Mississippi (1973).

Groupe étudié

Adultes sinistrés (137 personnes).

Méthodes/outils

- * Étude de style panel, deux à trois mois après le sinistre et quinze mois après.
- * Outils : questionnaires : données sociodémographiques et MSI.

Résultats/faits saillants

Les répondants ont estimé, en général, que l'inondation avait été la quatrième [342] expérience la plus éprouvante de leur vie (après le décès d'un être aimé, un accident sérieux et une maladie prolongée). Pour certains, il s'agissait toutefois de la plus terrifiante de leur vie. La plupart des symptômes de détresse rapportés dans les premiers mois avaient persisté un an après. Les individus ayant des problèmes psychologiques se sont montrés plus vulnérables aux effets émotionnels engendrés par le désastre. Les relations entre les membres de la famille ont été affectées négativement. Plusieurs répondants avaient changé leur source de revenu, enregistrant souvent une diminution de celui-ci.

Auteur

* Price, J. (1978). Some Age-related Effects of the 1974 Brisbane Floods, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12 : 55-58.

Événement

Inondations à Brisbane, Australie (1974).

Groupe étudié

Adultes (695 + 507 personnes).

Méthodes/outils

* Étude comparative avec groupe témoin.

* Outils : entrevues ; variables : descripteurs de la santé, médication, utilisation d'alcool et drogues, visites médicales et thérapeutiques.

Résultats/faits saillants

Chez les inondés, l'aggravation de problèmes de santé augmente de façon significative avec l'âge. Les victimes de 75 ans et plus semblent être les moins affectées parmi les groupes étudiés. Il y a une corrélation positive entre l'âge et l'apparition de symptômes psychiatriques ($r=0,8482$, $0,01 > p > 0,001$). Celle-ci est davantage marquée en milieu de vie (entre 35 et 75 ans). Les hommes non retraités montrent moins de symptômes psychologiques que les femmes après le désastre ; le fait d'être en contact constant (chez les femmes à la maison) avec les dommages a un impact sur les symptômes psychologiques. Les moins de 35 ans semblent moins affectés en raison d'un investissement moins important dans la propriété, ce qui sous-tend moins de dommages subis.

Auteurs

*** Riad, J. K. et F.H. Norris (1996). The Influence of Relocation on the Environmental, Social and Psychological Stress Experienced by Disaster Victims, *Environment and Behavior*, 28 (2) : 163-182.

[343]

Événement

Ouragan Andrew (1992).

Groupe étudié

Adultes (404 personnes).

Méthodes/outils

- * Étude comparative avec groupe relocalisé et non relocalisé (155-249).
- * Analyse statistique ANOVA et MANOVA.

Résultats/faits saillants

L'auteur a évalué le stress sous trois dimensions : environnemental, social et psychologique. Les faits saillants de cette étude rapportent que les personnes retournées à leur demeure éprouvaient moins de souffrance que celles qui n'y sont pas retournées. L'ensemble des stressseurs environnementaux démontraient 11% de variance pour les relocalisés comparativement à 3% pour les non-relocalisés au plan de la souffrance psychologique. Chez les deux groupes, le stress social lié aux caractéristiques du voisinage, à la présence de conflits et de perturbations sociales contribue à la dépression.

Auteurs

* Robins, L.N., R.L. Fischbach, E.M. Smith, L.B. Cottler, S.D. Solomon et E. Goldring (1986). Impact of Disaster on Previously Assessed Mental Health, in J.H. Shore (Ed.), *Disaster Stress Studies : New Methods and Findings*, Washington, DC, American Psychiatric Press : 22-48.

Événements

Cinq désastres à New Haven, Baltimore, St-Louis, Caroline du Nord et Los Angeles.

Groupes étudiés

Population adulte, soit 21 000 personnes (18 500 résidant dans les communautés et 2500 résidant en institution) comprenant des exposés et des non-exposés.

Méthodes/outils

* Étude épidémiologique à deux intervalles (entrevues réalisées avant les désastres et un an après ceux-ci).

* Outils : DIS et DIS/DS.

Résultats/faits saillants

Les sujets non exposés tendaient à plus de stabilité dans le mariage et [344] à une augmentation du revenu dans l'année suivant le désastre, comparativement aux exposés. La fréquence des symptômes d'ÉSPT a augmenté substantiellement parmi les exposés et les non-exposés après le désastre ; on notait toutefois plus de symptômes chez les exposés que chez les non-exposés ($p < 0.01$). D'autres troubles communs aux désastres, tels la phobie, la panique, la dépression, l'abus d'alcool, l'abus de drogues, la somatisation et l'anxiété généralisée, ont davantage été remarqués chez les exposés que chez les non-exposés, sauf en ce qui concerne la phobie où la différence n'était pas significative. La forte proportion retrouvée chez les exposés après le désastre peut être liée au fait que ceux-ci démontraient une proportion élevée avant celui-ci. En ce qui a trait à la santé physique, le peu de recours à de l'aide pour les difficultés émotionnelles et psychiatriques pourrait

résulter du fait que les individus interprètent mal ces symptômes et les associent à des malaises physiques. Comparativement au groupe non exposé, les individus exposés ont mentionné une santé actuelle plus déficiente (soit mauvaise ou moyenne) (17% contre 27%, $p < 0.05$). Les individus exposés, en excellente santé avant le désastre, ont aussi rapporté un déclin plus élevé de leur santé après le désastre comparativement aux non exposés (34% contre 21%, $p < 0.05$). L'exposition semblait liée à des auto-évaluations de santé moins bonnes, mais ne confirmerait pas une réelle affectation aux plans de la limitation des activités, de l'utilisation de services, d'invalidités quotidiennes ou d'augmentation de types ou du nombre de symptômes particuliers. Au plan social, le travail était affecté chez les exposés ; ceux-ci travaillaient significativement moins ($p < 0.05$) dans l'année suivant le désastre comparativement à l'avant-désastre. Les exposés affichaient plus de difficultés au travail que les non-exposés (22% contre 8%, $p > 0.05$). Cette situation se constatait aussi chez les exposés au plan des relations avec le conjoint, les parents et amis, mais semblait liée aux difficultés préexistantes antérieures au désastre. Les sujets exposés sans difficultés antérieures ne développaient pas plus de difficultés que les non exposés. Au plan marital, le statut ne semble pas affecté en considérant les deux périodes et les deux groupes de sujets puisque le nombre de divorces et de séparations survenaient dans des proportions similaires, soit 3% chez les exposés et 5% chez les non exposés. Les auteurs ont suggéré que la relative « douceur » des événements considérés, la prévisibilité des désastres et une certaine habitude de ces situations pouvaient, entre autres, avoir eu un effet modérateur sur les résultats négatifs ayant été constatés au plan de la santé psychologique.

Auteurs

Simard, N. (2000). *Relation entre les stratégies d'adaptation et la santé psychologique des sinistrés des inondations de juillet 1996 au Saguenay*, [345] mémoire de maîtrise, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi.

Événement

Inondations de juillet 1996 au Saguenay-Lac-Saint-Jean, Canada.

Groupes étudiés

89 femmes et 88 hommes sinistrés.

Méthodes/outils

Outils : version abrégée du Ways of Coping Questionnaire, Impact of Event Scale, Beck Depression Inventory.

Résultats/faits saillants

Cette étude vise à identifier les relations qui existent entre les stratégies d'adaptation utilisées par les sinistrés et l'état de santé psychologique post-désastre. Les données révèlent qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à leur fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation suivantes : distanciation/ évitement, recherche de soutien social et réévaluation positive/résolution de problèmes. Les analyses démontrent toutefois que les sinistrés qui utilisent des stratégies de distanciation/évitement ont des niveaux plus élevés de manifestations post-traumatiques et de dépression.

Auteurs

* Simpson-Housley, P. et A. DeMan (1989). Flood Experience and Posttraumatic Trait Anxiety in Appalachia, *Psychological Report*, 64 : 896-898.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Groupes étudiés

Adultes (74 personnes de Buffalo Creek et un groupe contrôle de 40 personnes provenant d'une communauté minière de la région non affectée en 1972).

Méthodes/outils

* Étude rétrospective et comparative.

* Outil : STAT.

Résultats/faits saillants

Le but de cette étude était de déterminer les effets à long terme sur le [346] trait d'anxiété auprès de la population affectée par les inondations en 1972. La moyenne des scores était de 47.0 et 46.1 respectivement, tandis que les scores correspondant pour le groupe contrôle se situaient à 36.1 et 38.7. Puisqu'il y avait peu de différence selon le sexe, les scores ont été combinés pour l'obtention des scores moyens. On a ainsi remarqué une différence significative entre les deux groupes à l'étude, les résidents de Buffalo Creek ayant démontré une anxiété plus importante que le groupe contrôle.

Auteur

* Smith, B.W. (1996a). Coping as a Predictor of Outcomes following the 1993 Midwest Flood, *Journal of Social Behavior and Personality*, 11 (2) : 225-239.

Événement

Inondations au Missouri (1993).

Groupes étudiés

Adultes (209 personnes) : 209 évalués la première fois, 131 du même groupe réévalués.

Méthodes/outils

* Étude corrélacionnelle à deux intervalles de temps.

* Outils : deux questionnaires basés sur les variables sociodémographiques (Bloc 1), l'exposition (Bloc 2) et l'adaptation (Bloc 3) ; CRI (32 items), GHQ, PSI et PANAS.

Résultats/faits saillants

Il s'agissait d'examiner la relation entre les stratégies d'adaptation et les résultats constatés chez les résidents de communautés touchées par les inondations. Des trois blocs de variables testées selon différents outils, le premier questionnaire pour le Bloc 1 démontre qu'individuellement, l'âge plus élevé prédispose à moins de symptômes psychologiques, les hommes ont obtenu des scores plus élevés d'affects positifs, l'éducation est liée à des scores d'affects négatifs plus bas et un revenu plus élevé est associé à plus d'affects négatifs. Pour le Bloc 2, l'exposition individuelle au désastre est associée à plus de détresse psychologique et à plus d'affects négatifs. Pour le Bloc 3, l'adaptation active correspond à moins de détresse psychologique, à plus d'affects positifs et le comportement d'évitement est associé à une plus grande détresse psychologique, à plus de symptômes physiques et à plus d'affects négatifs. Le deuxième questionnaire démontre que pour le Bloc 1, l'éducation est en lien avec moins d'affects positifs et négatifs. Un revenu plus élevé prédit [347] moins de symptômes psychologiques et d'affects positifs.

Pour le Bloc 2, on note les mêmes résultats que le questionnaire 1 avec, en plus, une augmentation des symptômes. Le Bloc 3 démontre aussi des résultats similaires au questionnaire 1, mais ne mentionne pas les effets physiques et les affects négatifs. Dans l'ensemble, les moyens d'adaptation jouent un rôle au-delà de l'exposition au désastre. Les moyens d'adaptation actifs sont liés à de meilleurs résultats. Les conduites d'évitement sont liées à de pires résultats. Les moyens d'adaptation et les effets positifs de l'inondation sont de meilleurs prédicteurs de détresse psychologique que les symptômes physiques et les affects négatifs.

Auteurs

* Smith, E.M., L.N. Robins, T.R. Pryzbeck, E. Goldring et S.D. Solomon (1986). Psychological Consequences of a Disaster, in J. Shore (Ed), *Disaster Stress Studies : New Methods and Findings*, Washington DC, American Psychiatric Press : 49-76.

Événements

Inondation région St-Louis plus émanation de Dioxine (1982).

Groupes étudiés

Adultes (452 + 100) exposés et non exposés et groupe contrôle.

Méthodes/outils

Outils : DIS-DS (modifié), NIMH Diagnostic Interview Schedule (Robins, 1983) et Interview ECA.

Résultats/faits saillants

Les chercheurs ont examiné dans quelle mesure l'étendue de l'exposition à la Dioxine ou aux inondations avait affecté la santé mentale des adultes. Les résultats ont indiqué que les individus directement exposés au désastre avaient plus de problèmes physiques et psychiatriques que ceux qui ne l'avaient pas été. Quoique les répondants aient été évalués par un outil visant à établir les niveaux de désordres psychiatriques, les plus frappants étaient les résultats d'ÉSPT. Les symptômes d'ÉSPT avaient été vécus par presque 25% des répondants directement exposés, et significativement plus de nouveaux cas de désordres du développement furent constatés parmi les victimes que parmi les répondants non exposés. Malgré le fait que les symptômes post-traumatiques étaient associés autant à l'inondation qu'à l'exposition à la Dioxine, cette dernière est apparue comme ayant un plus grand effet négatif. Les victimes directes ont démontré des taux plus élevés de symptômes liés à six types de désordres comparativement aux non-exposés et au groupe [348] contrôle. Ces désordres étaient : la dépression, la somatisation, la phobie, l'anxiété généralisée, l'ÉSPT et l'abus d'alcool. Une année après le désastre, seulement le tiers des victimes s'étaient complètement rétablies. Sans égard aux symptômes antérieurs, la proportion de nouveaux symptômes est huit fois

plus élevée chez les exposés que chez les non-exposés et quatre fois plus élevées que chez les victimes indirectes. La prévalence de divers désordres est de quatre à dix fois plus élevée chez les exposés directement comparativement aux deux autres groupes.

(Note : Le désastre est survenu juste après une évaluation psychiatrique de la population de la région par le biais du programme ECA [Epidemiologic Catchment Area]).

Auteurs

* Solomon, S. D., E. M. Smith, L. N. Robins et R. L. Fischback (1987). Social Involvement as a Mediator of Disaster-induced Stress, *Journal of Applied Social Psychology*, 17 : 1092-1112.

Événements

Inondations et émanations de Dioxine dans la région de St-Louis.

Groupe étudié

Adultes.

Méthodes/outils

Outil : DIS-DI.

Résultats/faits saillants

Les hommes et les femmes diffèrent dans leur réponse à l'exposition au désastre. Évalués avec le DIS-DS, les hommes ont démontré une augmentation des symptômes d'abus d'alcool et de dépression comme étant un résultat de leur exposition personnelle au désastre, ou de leur exposition personnelle et indirecte. Au contraire, chez les femmes, la symptomatologie n'était pas augmentée par une exposition personnelle au désastre. Les deux sexes étaient sensibles à des demandes de support comme médiateur des effets du désastre. C'est que, chez les victimes qui étaient à la fois personnellement exposées au désastre et qui comptaient lourdement sur des réseaux de membres, celles-ci ont été, de loin, plus sujettes à la somatisation (les femmes) ou à l'abus d'alcool (les hommes) que les individus exposés qui référaient plus modérément aux réseaux. Quoiqu'un excellent support de l'épouse atténuaît la symptomatologie du mari, sa présence était associée à une exacerbation des symptômes chez les femmes personnellement exposées. Les résultats suggèrent l'importance de [349] considérer les deux aspects (positif et négatif) des conséquences de l'implication sociale, car, pour les femmes particulièrement, des liens sociaux très forts peuvent constituer un alourdissement du fardeau plus qu'un support dans des situations de stress extrême.

Auteurs

*** Solomon S.D., M. Bravo, M. Rubio-Stipec et G. Canino (1993). Effect of Family Role on Response to Disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 6 (2) : 255-269.

Événements

Inondations et exposition à la dioxine à St-Louis et Puerto Rico.

Groupes étudiés

Adultes (543/912).

Parents mariés et célibataires de deux régions évalués en 1985 et 1987.

Méthodes/outils

* Étude comparative.

* Outils : entrevues structurées, DIS/DS + variables démographiques.

Résultats/faits saillants

Cette étude visait à explorer le rôle social parental-marital en relation avec les effets sur la santé psychologique des parents mariés et célibataires. Les personnes les plus touchées étaient celles qui étaient des parents célibataires exposés (groupe de St-Louis). Les victimes sans famille de Puerto Rico avaient quant à elles des symptômes d'abus d'alcool plus élevés que tout autre groupe. Le support émotionnel perçu est apparu moins disponible aux parents célibataires exposés. Dans l'ensemble, les deux types de parents apparaissaient à haut risque. Le rôle de parent célibataire semble constituer un facteur de stress et être associé au pattern « fardeau chronique » ; les parents mariés ont été associés au modèle de « vulnérabilité » de Dohrenwend et Dohrenwend (1981). La perte de support émotionnel joue davantage en défaveur que le rôle social/familial sur les effets psychologiques d'un désastre. Les principales variables prises en considération ont été l'exposition, le statut marital, la présence d'enfants lors du désastre, le support émotionnel, le fardeau du support (celui donné aux autres). Provenant d'échelles de symptômes : l'abus d'alcool, la dépression, la somatisation, l'ÉSPT, l'anxiété généralisée.

Auteurs

* Steinglass, D. et E. Gerrity (1990). Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder : Short-term versus Long-term Recovery in Two Disaster-affected [350] Communities, *Journal of Applied Social Psychology*, 20 : 1746-1765.

Événements

Tornade et pluies torrentielles en Pennsylvanie (1985).

Groupes étudiés

Adultes de deux communautés (155 personnes).

Méthodes/outils

- * Étude longitudinale 4 et 16 mois suivant le désastre.
- * Outils : IES et DIS.

Résultats/faits saillants

On a noté une homogénéité des symptômes de SSPT à court terme dans les deux communautés et une diminution sur 16 mois. Les modèles et symptômes différaient dans chaque communauté et les femmes étaient plus affectées. À court terme, 14,5% de la population étudiée présentaient des symptômes d'ÉSPT et 4,5% à long terme, en correspondance avec des normes établies par d'autres études. Les symptômes les plus prévalent après quatre mois étaient de refaire l'expérience d'images et d'émotions liées à l'événement. Peu de personnes ont eu recours à un traitement en santé mentale pour ces symptômes.

Auteur

*** Strumpfer, D.J.W. (1970). Fear and Affiliation During Disaster, *The Journal of Social Psychology, The Journal Press*, 82 (2) : 263-268.

Événement

Inondations à Port Elizabeth (1968).

Groupe étudié

Adultes (161 personnes).

Méthodes/outils

* Étude comparative.

* Outils : questionnaire ; variables : gravité de la menace, peur, affiliation actuelle et hypothétique, rang de naissance.

Résultats/faits saillants

Il existe, selon cette étude, des corrélations positives entre la peur et les tendances d'affiliation, et la gravité de la menace. Le rang de naissance influe sur la peur ressentie, et les premiers-nés d'une famille rapportent [351] plus de crainte que les derniers-nés. Les sujets plus âgés démontraient des degrés d'affiliation plus élevés que les plus jeunes. Les femmes éprouvaient plus de craintes et de tendances à l'affiliation que les hommes.

Auteurs

* Titchener, J.L. et E.T. Kapp (1976). Family and Character Change at Buffalo Creek, *American Journal of Psychiatry*, 133 : 295-299.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Groupe étudié

Adultes (50 personnes).

Méthodes/outils

* Étude transversale.

* Outils : entrevues individuelles d'orientation psycho-analytique.

Résultats/faits saillants

Chez 90% des sujets, on remarque qu'après deux ans, certains symptômes et problèmes psychiatriques sont évidents : anxiété, dépression, changement de caractère et de styles de vie, problèmes développementaux et d'adaptation. Un syndrome clinique est observé et découle de la soudaineté de l'impact et de la dislocation de la communauté. Un syndrome névrotique traumatique a été diagnostiqué chez 80% des survivants plaignants. Chez certains sujets, la dépression est largement canalisée en plaintes somatiques avec une hausse probable des ulcères duodénaux et de l'hypertension. L'indifférence, l'apathie et le retrait social se constatent également chez plus de personnes. L'ego est aussi affecté temporairement (durée de réorganisation totale ou partielle = 6 à 24 mois). La majorité des gens minimisent ou nient symptômes et plaintes.

Auteurs

* Tobin, G.A. et J.C. Ollenburger (1996). Predicting Levels of Postdisaster Stress on Adults following the 1993 Floods in the Upper West, *Environment and Behavior*, 28 (3) : 340-357.

Événement

Inondations.

Groupe étudié

Adultes (106 personnes).

[352]

Méthodes/outils

* Entrevues téléphoniques.

* Outils : Rand 35 Item Health Survey, DIS et CIDI.

Résultats/faits saillants

Les résultats ont démontré que 71% des gens manifestaient des symptômes de stress post-traumatique. Les facteurs influençant l'apparition de l'ÉSPT étaient : la santé avant le désastre, la situation quant à l'emploi et la propension à l'interprétation négative de l'événement. Les personnes souffrant d'anxiété et de dépression ou étant en mauvaise santé avant le désastre ont vu augmenter le niveau de leurs problèmes après celui-ci. Chez les personnes ayant un meilleur revenu et une instruction plus élevée, on a constaté un degré moins grand d'anxiété et de dépression. Par contre, ces variables ne semblaient pas avoir d'influence sur le SSPT. Les facteurs prédictifs de l'ÉSPT étaient : un haut niveau d'anxiété, la perte d'emploi permanente ou temporaire, le fait de résider en logement, l'habileté à identifier des issues positives à l'inondation.

Auteurs

* Wood, J.M., R.R. Bootzin, D. Rosenhan, S. Holen-Hoeksema et F. Jourden (1992). Effects of the 1989 San Francisco Earthquake on Frequency and Content of Nightmares, *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2) : 219-234.

Événement

Tremblement de terre de San Francisco (1989).

Groupe étudié

Jeunes adultes (188 personnes).

Méthodes/outils

Étude transversale.

Résultats/faits saillants

L'augmentation des cauchemars constitue un des effets des désastres naturels sur les gens. Dans cette étude, bien qu'on ait noté une augmentation réelle des cauchemars chez les participants, ceux-ci n'étaient pas différents des cauchemars habituels au plan de l'intensité, ce qui contredit l'opinion habituelle quant à cet aspect. Les cauchemars en eux-mêmes ne constituent pas un désordre psychologique, mais un processus d'ajustement au stress.

[353]

Auteur

* Yates, S. (1992). Lay Attribution about Distress after a Natural Disaster, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18 (2) : 217-222.

Événement

Inondations de type « Flash Flood ».

Groupe étudié

Adultes (58 personnes), étudiants en psychologie.

Méthodes/outils

* Étude transversale.

* Outils : sessions de groupe, questionnaires avec échelles de type Lykert et autres, analyse statistique.

Résultats/faits saillants

L'histoire personnelle des sujets ne semblait pas avoir d'effet notable sur la détresse vécue. Les personnes ayant subi de grandes pertes vivaient plus de détresse émotionnelle. La détresse émotionnelle intense interférait dans la vie et les activités personnelles et faisait que le temps pour se remettre de l'événement était plus long. Les causes extrêmes contribuaient davantage à l'origine de la détresse émotionnelle intense lorsque la personne avait subi des dommages majeurs que lorsque ceux-ci étaient moins importants ($M=2.119$) $F(1,51)=17.95$, $p<.001$).

[354]

2. GROUPES FAMILLES (ADULTES/ENFANTS)

[Retour à la table des matières](#)

Auteurs

** Bennet, G. (1970). Bristol Floods 1968. Controlled Survey of Effects on Health of Local Community Disaster, *British Medical Journal*, 3 : 454-458.

Événement

Inondations à Bristol (1968).

Groupes étudiés

Adultes et enfants (316 inondés + 454 non-inondés + groupe contrôle d'une région non inondée).

Méthodes/outils

Enquête contrôlée et étude des taux de mortalité.

Résultats/faits saillants

Un an après le désastre, on a noté une augmentation significative de 50% du nombre de décès chez les personnes dont la maison avait été inondée. C'est surtout chez le groupe d'âge 45-64 ans qu'on a remarqué la hausse la plus importante. Les causes de mortalité sont généralement dues au cancer. Les interventions chirurgicales ont aussi augmenté de 53% dans des proportions de 81% pour les hommes et de 25% chez les femmes. Le nombre d'admissions et de références à l'hôpital a aussi doublé. Dans l'ensemble, les hommes s'adaptaient moins bien que les femmes. Les enfants de un à quatre ans et les adultes de plus de 55 ans ont aussi subi plus d'interventions chirurgicales que la moyenne.

Auteur

*** Church, J.S. (1974). The Buffalo Creek Disaster : Extent and Range of Emotional and/or Behavioral Problems, *Omega Logan-Mingo Area Mental Health Inc.*, 5 (1) : 61-63.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Groupes étudiés

Adultes et enfants (4 personnes) de 58, 53, 12 et 3 ans.

Méthodes/outils

Études de cas.

[355]

Résultats/faits saillants

Cette étude a mis l'accent sur la nécessité d'interventions thérapeutiques et a décrit quatre cas engagés vers la résolution. La durée des thérapies a été respectivement de 9, 8, 9 et 3 mois (généralement des séances hebdomadaires). Dans l'ensemble, les sujets éprouvaient divers symptômes tels l'amnésie, la culpabilité, des réactions craintives face à la pluie et/ou le tonnerre, des plaintes somatiques, des cauchemars, etc.

Auteurs

*** Drabek, T.E. et J.S. Stephenson (1971). When Disaster Strikes, *Journal of Applied Social Psychology*, 1 (2) :187-203.

Événement

Inondations au Colorado (1965).

Groupe étudié

Familles (278 forcées d'évacuer dont 116 non réunies géographiquement).

Méthodes/outils

- * Étude comparative.
- * Outils : entrevues - modèles de réponses.

Résultats/faits saillants

L'unité familiale influe sur le comportement d'évacuation et sur les réactions émotionnelles. L'avis d'évacuation, selon les sources émettrices, est perçu différemment. Ainsi, 61% des familles avisées par les autorités ont évacué immédiatement, alors que celles qui avaient reçu un message des médias attendaient une confirmation avant d'agir ou ignoraient le message. Au plan comportemental, les familles séparées ont tendance à chercher une confirmation du message et utilisent des tactiques de retardement pour augmenter la probabilité de réunir la famille. On note aussi que l'âge des enfants influence l'anxiété de la mère, les enfants d'âge scolaire étant effrayés par les avertissements.

(Note : Étude semblant avoir été réalisée davantage en fonction de la planification lors de désastres.)

Auteurs

* Krug, E. et al. (1998). Suicide after Natural Disaster, *The New England Journal of Medicine*, 338 (6) : 373-378.

[356]

Événements

Désastres (inondations, ouragans, tremblements de terre, etc.).

Groupes étudiés

Adultes et enfants (10 à 60 ans et plus) de 377 comtés américains ayant été affectés par divers types de désastres et ensemble des États-Unis pour les mêmes périodes.

Méthodes/outils

* Étude épidémiologique et comparative.

* Outils : analyse de données recueillies auprès du National Center for Health Statistics Multiple Cause of Death Data File.

Résultats/faits saillants

Chez les victimes d'inondations, de tremblements de terre et d'ouragans, il y a augmentation de la prévalence d'ÉSPT et de dépression, lesquels constituent des facteurs de risque pour les pensées suicidaires. Les données sur le suicide ont été recueillies trois ans avant les désastres et quatre ans après. Sur les 377 comtés, 308 avaient été affectés par des inondations (82%), 24 par des ouragans, 24 par des tempêtes graves, 15 par des tornades, 4 par des tremblements de terre et 2 par une tempête hivernale grave. Les 377 comtés représentent 12% de tous les comtés américains et, en termes de population, 19 453 900 personnes. Pour l'ensemble des désastres, les taux de suicide ont augmenté de 13,8% (int. conf. 95%, 7,7 - 10,2%, $p < .0.001$) dans les comtés étudiés, alors que pour l'ensemble des États-Unis, le taux demeurait pratiquement stable avec une augmentation de 1% seulement. Les résultats indiquent plus spécifiquement que les taux de suicide ont augmenté de 13,8% après les inondations sur les quatre années suivant celles-ci, passant de 12,1 à 13,8 pour les 100 000 personnes; dans les deux années après les

ouragans, il y avait une augmentation de 31%, le nombre de suicides passant de 12,0 à 15,7 pour 100 000; et dans la première année suivant les tremblements de terre, l'augmentation pour les suicides était de 62,9%, passant de 19,2 à 31,3 pour 100 000. Avant les inondations, le taux de suicide pour les 308 comtés affectés (12,1% pour 100 000) était similaire à celui de l'ensemble des États-Unis (12,3% pour 100 000). Après les inondations, il y a eu une hausse de 13,8% (int. conf. 95%, 6.1 - 22,1%, $p < 0.001$) dans le taux de suicide pour les comtés affectés, pendant que le taux pour l'ensemble des États-Unis demeurait stable. Lorsque comparé avec le taux groupé pré-désastre, il y avait une augmentation significative du taux de suicide s'échelonnant de 9,1 à 24,3% dans chacune des quatre années post-désastre, avec un taux plus élevé apparaissant dans la quatrième année après les inondations. [357] Selon l'âge et le sexe, le taux de suicide pour tous les types de désastres augmentait de 21,8% chez les hommes et de 14,5% chez les femmes ; de 24,9% chez les 10 à 29 ans, de 18,4% chez les 30 à 59 ans et de 18,3% chez les 60 ans et plus. Les analyses spécifiques en fonction de l'âge et du sexe ont démontré que les hommes plus jeunes et les femmes plus âgées apparaissaient les plus gravement affectés, mais les différences n'étaient pas significatives.

Auteurs

Parker, J., H. Watts et M.R. Allsopp (1995). Post-traumatic Stress Symptoms in Children and Parents following a School-based Fatality, *Child Care, Health and Development*, 21 (3) : 183-189.

Événement

Ouragan ayant causé l'effondrement d'un toit d'école à Swindon (Angleterre, 1991).

Groupes étudiés

Enfants présents lors du désastre et leurs parents (8 garçons et 11 filles âgés de 11 et 12 ans et leurs parents).

Méthodes/outils

Étude rétrospective à l'aide de l'IES (*impact of Events Scale*) et du GHQ (*General Health Questionnaire*).

Résultats/faits saillants

Le but de l'étude était d'évaluer les symptômes d'état de stress post-traumatique dans la période subséquente au désastre et, deux ans après ce dernier, de vérifier si les parents rapportaient eux-mêmes des symptômes et finalement de voir si les facteurs de morbidité chez les parents étaient associés au développement ou à la résolution de problèmes chez les enfants. Des symptômes de rappel de l'événement (recall symptoms) étaient présents chez plus du tiers des enfants (M : 36, SD : 17,3) dans la période subséquente et une persistance de ceux-ci se remarquait chez près du cinquième d'entre eux deux ans après le désastre (M : 16,9, SD : 10,2). Chez les parents, les symptômes de rappel étaient constatés dans une proportion similaire (M : 36,3, SD : 15,4). Des problèmes comportementaux chez les enfants furent notés par les parents et des difficultés émotionnelles révélées par dix d'entre eux. Les problèmes de sommeil étaient constatés chez la presque totalité des jeunes victimes (16). Contrairement à d'autres résultats, la symptomatologie des parents semblait peu affecter leur capacité de répondre aux besoins des enfants. Les parents ne semblaient plus affectés deux ans après le désastre.

[358]

Auteur

* Price, J. (1978). Some Age-related Effects of the 1974 Brisbane Floods, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12 : 55-58.

Événement

Inondations à Brisbane (1974).

Groupe étudié

Familles (246 + 194 / 695 + 507).

Méthodes/outils

- * Étude comparative avec groupe témoin, victimes/non-victimes.
- * Outils : entrevues individuelles basées sur un questionnaire élaboré par l'auteur.

Résultats/faits saillants

Selon l'évaluation subjective de la santé, la détérioration chez les victimes augmentait avec l'âge de façon très significative ($r=.9104; 0.01 > p > 0.0001$). Au plan de l'augmentation des symptômes psychiatriques, il y avait une corrélation positive entre l'âge et l'exposition ou l'apparition des symptômes. L'impact semblait plus grand chez les gens de la quarantaine. Concernant les visites chez le médecin généraliste, c'est chez les groupes 15-34 et 75 ans et plus que l'on a constaté une plus faible probabilité de changement d'habitudes sous ce rapport, chez les victimes et chez le groupe témoin. Chez les victimes de sexe féminin, on a noté une diminution des symptômes psychiatriques chez les 65 ans et plus. Malgré qu'il n'y ait pas eu de différence significative entre le fait de vivre ou non avec une autre personne, la tendance qu'on a dégagée était que de vivre avec quelqu'un de plus jeune contribuait à se porter mieux, comparativement au fait de vivre avec une personne âgée de plus de 65 ans. Les personnes très âgées (75 ans et plus) semblaient moins affectées dans les deux groupes, car elles se sont moins présentées aux visites médicales ; toutefois, cela ne correspond pas nécessairement à une détérioration moins grande mais peut-être à un processus d'acceptation ou d'adaptation qui diffère de celui des plus jeunes.

Auteurs

* Titchener, J.L. et E.T. Kapp (1976). Family and Character Change at Buffalo Creek, *American Journal of Psychiatry*, 133 : 295-299.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

[359]

Groupes étudiés

Adultes/enfants (654 personnes).

Méthodes/outils

* Étude transversale.

* Outils : entrevues familiales et entrevues psychanalytiques.

Résultats/faits saillants

Les auteurs font référence au « syndrome de Buffalo Creek » qui a persisté deux ans et plus chez la population. Des réactions neurotiques traumatiques ont été notées chez 80% des survivants. À la suite des nombreux problèmes émotionnels vécus, qui se sont transformés en anxiété, plusieurs survivants ont vu celle-ci se manifester sous forme d'obsessions, de phobies au sujet de l'eau, du vent, de la pluie et autres éléments pouvant se rapporter à une éventuelle inondation. La souffrance non résolue s'est transformée en symptômes, comportements et styles de vie dépressifs. Ces styles de vie ont été suscités par des sentiments de rage impuissante face aux pertes de vie, aux pertes de propriétés, de façons de vivre. Ceci était intensifié par le fait que les causes du désastre étaient de nature humaine. Les auteurs ont fait ressortir l'aspect de la chronicité des symptômes et les effets sur l'ego des survivants.

Auteurs

*** Trainer, P. et R. Bolin (1976). Persistent Effects of Disasters on Dally Activities : a Cross-cultural Comparaison, *Mass Emergencies*, 1 : 279-290.

Événements

Tremblement de terre à Managua et inondations à Rapid City (1972).

Groupe étudié

Familles (376/125).

Méthodes/outils

* Étude comparative entre des communautés de cultures différentes et sur deux périodes de temps (un an et deux ans après le désastre).

* Outils : entrevues sur les effets des désastres sur les activités quotidiennes (degré de rétablissement, emploi, styles de vie familiale), problèmes familiaux de rétablissement (données socio-économiques, types d'occupation, degrés de satisfaction et de rétablissement).

Résultats/faits saillants

Cette étude a démontré que le rétablissement des familles victimes de [360] désastre est affecté par les contraintes sociales, économiques et situationnelles. En ce qui concerne les visites, les répondants de Managua ont mentionné une diminution des visites à la famille (28%) et aux amis (31%), tandis que chez les répondants de Rapid City, on constatait cet état de choses chez 41% de l'échantillon pour ce qui est des visites aux anciens voisins et 9% pour la parenté. Pour les deux groupes, cette situation était constatée deux ans après les désastres. Les deux groupes ont mentionné être affectés par l'augmentation des distances et des difficultés relatives à la relocalisation. Les répondants de Rapid City ont également rapporté une diminution du temps disponible aux victimes du désastre, soit 32% au premier intervalle et 31% au deuxième. La pratique de loisirs était également affectée chez les deux groupes étudiés : à Managua, 45% des chefs de famille ont mentionné ne plus pratiquer leurs loisirs préférés au premier intervalle et 32% au deuxième intervalle, cette situation était principalement attribuée au manque de

ressources financières. Les répondants de Rapid City ont aussi mentionné une diminution de la pratique des loisirs (29% après deux ans) en raison des efforts consentis à la restauration du domicile. La satisfaction face à la vie semblait également s'être détériorée chez les deux groupes étudiés ; ainsi, 57% des répondants de Managua ont estimé une dégradation au deuxième intervalle comparativement à la période pré-désastre et 65% ont mentionné que leur standard de vie était pire en ce qui concerne les mêmes périodes évaluées. Chez les répondants de Rapid City, après un an, on estimait une diminution de la satisfaction face à la vie chez 22% des familles et après deux ans, 17% de l'échantillon rapportait une diminution du standard de vie. Celle-ci était attribuée principalement aux pertes subies lors de l'inondation et à l'augmentation du coût de la vie.

[361]

3. GROUPES ADOLESCENTS ET ENFANTS

[Retour à la table des matières](#)

Auteurs

Breton, J.J., J. P. Valla et J. Lambert (1993). Industrial Disaster and Mental Health of Children and their Parents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 32 (2) : 438-445.

Événement

Incendie de BPC dans la région de Montréal en 1988.

Groupes étudiés

174 enfants âgés entre 3 et 11 ans (87 exposés et 87 du groupe contrôle) avec la participation des pères et mères des enfants.

Méthodes/outils

Étude comparative réalisée à l'aide du *Behavioral Screening Questionnaire* (Richman and Graham), le *Coddington Life Events Scales* (Coddington), le *Diagnostic Interview Schedule - Self-Administered* (Kovess and Fournier), le *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier), l'*Impact of Event Scale* (Horowitz et al.), l'*Interview Schedule for Children* (Kovacs et al.), le *Psychiatric Symptom Index* (Ilfeld), le *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children* (Puig-Antich et al.)

Résultats/faits saillants

Cette étude fut réalisée un an après l'incendie de BPC au cours duquel 1663 familles furent évacuées pour une période de plus de deux semaines. Des questionnaires structurés furent administrés à domicile aux parents et aux enfants. Les enfants âgés de six à onze ans apparaissaient interioriser davantage leurs réactions dans l'ensemble et démontraient plus de symptômes correspondant à un état de stress post-traumatique que les enfants du groupe contrôle. Les auteurs estiment que l'étude a démontré que la santé psychologique des parents est corrélée aux symptômes des enfants.

Auteurs

Burke, J. D., J.F. Borus, B.J. Bums, K. H. Milistein et M.C. Beasley (1982). Changes in Childrens'Behavior after a Natural Disaster, *American Journal of Psychiatry*, 139 (8) : 1010-1014.

Événements

Tempête hivernale et inondations subséquentes à Rivere (Mass.) (1978).
[362]

Groupes étudiés

Enfants d'âge scolaire et leurs parents (64 personnes).

Méthodes/outils

Connors Parent Questionnaire (PQ) - 93 items et un questionnaire sur les effets du blizzard et des inondations sur la famille et les enfants.

Résultats/faits saillants

Basée sur l'utilisation d'un outil d'évaluation clinique, cette étude a conclu à l'émergence et à la persistance significatives de problèmes de comportement chez certains enfants pour une période d'au moins cinq mois à la suite d'une tempête hivernale sérieuse. Les enfants ayant de plus fortes probabilités de démontrer des changements au plan comportemental étaient les garçons, dont le degré d'anxiété ou d'agressivité enregistrait une augmentation. Les parents ne mentionnaient pas avoir remarqué de changements comportementaux malgré des modifications qu'ils avaient enregistrées au questionnaire à cet effet. Les auteurs énoncent une tendance des parents à nier la présence de problèmes chez les enfants.

Auteurs

* Burke, J.D., P. Moccia, J.F. Borus et B.J. Burns (1986). Emotional Distress in Fifth-grade Children Ten Months after a Natural Disaster, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 : 536-541.

Événements

Blizzard et inondation au Massachusetts.

Groupes étudiés

Enfants (47 personnes) de 5e année de deux communautés différentes.

Méthodes/outils

Rédaction d'un texte dix mois après l'événement.

Résultats/faits saillants

Les résultats de l'interprétation des textes par six cliniciens en santé mentale ont démontré que sous divers aspects de signes de détresse tels la peur, la dépression et l'anxiété, les enfants de la région inondée affichaient plus de détresse que ceux qui provenaient de la région non inondée. Seulement les filles ont démontré ces signes de détresse. Chez les garçons, on ne percevait pas de différence entre les deux groupes. Les résultats démontrent que la détresse peut perdurer plus de dix mois après un désastre chez les enfants.

[363]

Auteurs

* Dollinger, S.J., J.P. O'Donnell et A.A. Staley (1984). Lightning-strike Disaster : Effects on Children's Fears and Worries, *Consulting and Clinical Psychology*, 52 :1028-1038.

Événement

Orage électrique (tempête) à Louiseville, Illinois (1980).

Groupes étudiés

Enfants (38 personnes) de 10 à 12 ans plus groupe contrôle provenant d'une étude normative précédente.

Méthodes/outils

* Étude comparative avec groupe contrôle.

* Outils : entrevues, MCBC.

Résultats/faits saillants

À partir de données recueillies par les mères des enfants et un interviewer, on a constaté des différences chez les enfants exposés et non exposés au désastre. Les enfants exposés ont démontré, de façon remarquable, plus de craintes intenses que le groupe contrôle. Les peurs rapportées par les enfants concordent avec ce que leurs mères ont rapporté au niveau de leur sommeil, des symptômes somatiques et du taux de dérangement émotionnel relevés par l'interviewer.

Auteur

* Dollinger, J. (1986b). The Measurement of Children's Sleep Disturbance and Somatic Complaints following a Disaster, *Child Psychiatry and Human Development*, Human Sciences Press, 16 (3) : 148-153.

Événement

Tempête électrique au Missouri.

Groupe étudié

Enfants âgés de 10 à 12 ans (38 personnes).

Méthodes/outils

* Étude transversale.

* Outils : entrevues cliniques auprès des parents et enfants, questionnaire dérivé du MCBC.

Résultats/faits saillants

Cette étude concernait l'adaptation des enfants en relation avec les problèmes de sommeil et les plaintes somatiques. On a découvert une relation [364] significative entre le bouleversement émotionnel et les problèmes de sommeil ($R=.46$, $p<.05$) et les plaintes somatiques ($R=.45$, $p<.05$). L'échelle de codification des expériences allait de 3 (grave) à 0 (nulle). Les problèmes de sommeil ont surtout été constatés à partir des indicateurs suivants (sur 20 indicateurs) : bouger et tourner (sommeil agité), réveils fréquents, difficulté à s'endormir, heures du coucher irrégulières, ne pas vouloir aller au lit, vouloir retourner dormir avec les parents et refuser de dormir sans éclairage de nuit. Les indicateurs qui sont ressortis le plus, parmi les 16 concernant les problèmes somatiques, sont : le fait de se cramponner à la mère, diarrhée plus fréquente que chez la plupart des autres enfants, peurs intenses et malaises/douleurs musculaires.

Auteur

* Dollinger, J. (1986a). The Need for Meaning following Disaster : Attributions and Emotional Upset, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12 (3) : 300-310.

Événement

Foudre dans l'Illinois (1980).

Groupe étudié

Enfants (38 personnes) de 10 à 12 ans - joueurs de soccer.

Méthodes/outils

- Étude transversale.
- Outils : entrevues personnelles 4, 8 semaines et 9 mois après l'événement et entrevues téléphoniques 12 mois après, TAT.

Résultats/faits saillants

Les auteurs désiraient savoir si le fait d'attribuer l'événement à quelqu'un ou à quelque chose pouvait avoir une influence sur le dérangement émotionnel, la symptomatologie. Selon les résultats, les enfants ayant pu établir une « attribution » étaient plus affectés émotionnellement que ceux qui ne l'avaient pas fait.

Auteurs

* Earls, I., E. Smith, W. Reich et K.G. Junq (1988). Investigating Psychopathological Consequences of a Disaster in Children : a Pilot Study Incorporating a Structured Diagnostic Interview, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 : 90-95.

Événement

Inondations au Missouri (1982).

[365]

Groupes étudiés

Enfants (39 personnes) de 6 à 17 ans. Vingt familles.

Méthodes/outils

* Étude pilote (un an après).

* Outils : DICA, DSM-11, DIS-DS, HEIC et HEIC-P (pour parents).

Résultats/faits saillants

Il s'agit d'une étude réalisée auprès d'enfants pour déterminer l'effet de survie à une inondation sur l'état psychiatrique une année après le sinistre. En comparaison des données recueillies auprès des parents, celles obtenues auprès des enfants ont révélé plus de diagnostics au DSM-111. L'ESPT n'a pas été pleinement diagnostiqué selon les données provenant des deux sources. Il y avait une forte association positive entre le nombre de symptômes chez les enfants et chez les parents, et entre un désordre préexistant et la symptomatologie liée à l'inondation.

Auteurs

* Garrison, CZ, M.W. Weinrich, S.B. Hardin, S. Weinrich et L. Wang (1993). Post-traumatic Stress Disorder in Adolescents after a Hurricane, *American Journal of Epidemiology*, 138 (7) : 522-530.

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Sud (1989).

Groupe étudié

Adolescents (1 264 personnes) de 11 à 17 ans.

Méthodes/outils

* Étude transversale et corrélative.

* Outils : questionnaire auto-administré de 174 items incluant une échelle de symptômes de SSPT, une échelle d'exposition, une échelle d'événements traumatisants et des informations démographiques et générales, DSM-111-R.

Résultats/faits saillants

Les données ont été traitées à l'aide d'un programme informatisé et selon les règles de décision du DSM-111-R pour assigner un diagnostic de SSPT et pour désigner le nombre d'individus qui rencontraient les critères de réexpérimentation (20%), d'évitement (9%) et d'hyperactivité (18%). Les proportions d'ÉSPT les plus basses se retrouvaient chez les hommes de race noire (1,5%) et les plus élevées, mais similaires, dans les groupes restants (3,8% - 6,2%). Les résultats, selon un modèle logistique à multivariées, ont indiqué que l'exposition à l'ouragan ($p=1.26 <.05$, 1.13 - 1.41), l'expérience d'autres événements traumatisants dans [366] l'année précédente ($p=2.46 <.05$, 1.75 - 3.44), le fait d'être de race blanche ($p=2.03 <.05$, 1.12 - 3.69) et de sexe féminin ($p=2.17 <.05$, 1.15 - 4.10) ont été significativement corrélés à l'ÉSPT. Les symptômes les plus souvent rapportés étaient le détachement (36%), les efforts pour éviter des pensées ou des sensations associées au traumatisme (36%), l'irritabilité/la colère (25%) et l'hyperactivité physique (20%). Les symptômes étaient plus fréquemment rapportés chez les filles que chez les garçons. Cette étude a établi qu'approximativement 5% des ado-

lescents rapportaient une symptomatologie conséquente avec un diagnostic d'ÉSPT selon le DSM-1111-R un an après l'ouragan. Cette proportion est beaucoup plus faible que les 37% rapportés par Green et *al.* (1991) chez des enfants de 2 à 15 ans, les 33% d'enfants d'âge scolaire de McFarlane (1987) et les 24% de Breslau chez une population de jeunes adultes exposés à des événements traumatisants (1991). Les auteurs avouent un certain conservatisme liés à divers aspects.

Auteurs

* Garrison, C.Z., E.S. Bryant, C.L. Addy, P.G. Spurrier, J.R. Freedy et D.G. Kilpatrick (1995). Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents after Hurricane Andrew, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (9) : 1193-1201.

Événement

Ouragan Andrew en Floride (1992).

Groupe étudié

Adolescents (400 personnes jumelées à un parent).

Méthodes/outils

* Étude transversale

* Outils : entrevue téléphonique, versions modifiées du RD, du LEC et du DIS.

Résultats/faits saillants

On retrouvait les proportions d'ÉSPT les plus élevées chez les Noirs et les Hispaniques et une augmentation avec l'âge et le nombre d'événements indésirables rapportés. Même si peu d'adolescents ont pleinement rencontré les critères de l'ÉSPT (7,3%) six mois après l'ouragan, la plupart ont rapporté des symptômes post-traumatiques. Les événements stressants survenant après le désastre peuvent être plus fortement associés avec l'ÉSPT que la magnitude ou l'exposition actuelle au désastre. L'ÉSPT est apparu plus fréquemment chez les filles (9%) que chez les garçons (3%), et les proportions étaient croissantes avec l'âge plus élevé. Quarante-deux pour cent ont éprouvé de la crainte pour leur propre vie et 62% pour la vie de personnes significatives pendant l'événement. Les [367] pertes objectives les plus souvent rapportées étaient : les meubles de leur chambre à coucher, leurs vêtements et leurs objets à valeur sentimentale. La perte de ressource personnelle/sociale la plus mentionnée était la perte d'amitiés et d'un professeur compréhensif. Plus des 2/3 avaient vécu au moins un événement traumatique extérieur à l'ouragan. Par exemple, 26% avaient été confrontés à la mort ou aux blessures de

quelqu'un de connu, 19% avaient été impliqués dans un accident grave, et plus de 80% avaient rapporté plus d'un événement indésirable. Ces événements indésirables consistaient en : la non-graduation, l'absence parentale, la rupture avec un ami de cœur, etc. Les symptômes d'ÉSPT les plus communs sont : la difficulté de concentration (36%), l'irritabilité (30%), les pensées intrusives (20%) et les réactions d'évitement (29%). Les variables ayant été corrélées avec l'ÉSPT et démontrant une relation significative ont été : l'âge plus élevé, le sexe féminin, les sentiments décroissants de sécurité pendant la tempête, la crainte pour la sécurité des autres pendant l'orage, la perte de ressources personnelles et sociales, l'exposition courante à des événements traumatiques ou violents, et un événement de la vie indésirable depuis l'ouragan.

Auteurs

* Green, B.L., M. Korol, M.C. Grace, M.G. Vary, A.C. Leonard, G.C. Gleser et S. Smitson-Cohen (1991). Children and Disaster : Age, Gender, and Parental Affects on PTSD Symptoms, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 : 945-951.

Événement

Inondation de Buffalo Creek (1982).

Groupes étudiés

Enfants et adolescents de 2 à 15 ans (179 personnes).

Méthodes/outils

- * Rapports psychiatriques.
- * Outils - analyse de régression.

Résultats/faits saillants

Les facteurs pouvant contribuer à l'adaptation à un événement traumatisant tels les effets de l'âge et du sexe, l'impact du degré d'exposition et le fonctionnement parental ont été examinés. Les résultats ont démontré moins de symptômes d'ÉSPT chez les enfants moins âgés et un degré plus élevé chez les filles que chez les garçons. Un diagnostic probable d'ÉSPT a été décelé chez 37% des enfants deux ans après le désastre. Les analyses ont aussi démontré que la menace à la vie, le sexe, la psychopathologie parentale et une atmosphère familiale irritable [368] ou dépressive avaient contribué à la prédiction symptomatologique de l'ÉSPT chez les enfants.

Auteurs

* Hardin, S.B., M. Weinrich, S. Weinrich, T.L. Hardin et C. Garrison (1994). Psychological Distress of Adolescents Exposed to Hurricane Hugo, *Journal of Traumatic Stress*, 7 : 427-440.

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Sud (1989)

Groupes étudiés

Adolescents (1482 personnes) de 13 à 18 ans, de deux régions : une très touchée, l'autre peu touchée.

Méthodes/outils

- * Étude comparative.
- * CAHPS (Carolina Adolescent Health Project Survey).
- * Outils : LEC, version du CSSS, 13 item Spielberger's Anger Scale, BSI (The depressive, anxiety and global mental distress scales).

Résultats/faits saillants

De l'ensemble du groupe, 76% ont été exposés, dont 89% (1117) de cette proportion de façon minimale. De l'échantillon total, 2,4% avait vécu plus d'un événement violent pendant l'année précédant le désastre et 7,1% avaient été confrontés à un événement violent au cours de leur vie. Les événements de la vie non violents le plus souvent mentionnés sont, dans l'ordre : la rupture amoureuse (52%), la mort d'un membre de la famille ou d'un ami (49%) et la blessure ou la maladie d'une de ces personnes (46%). Les filles ont obtenu un score plus élevé face aux événements non violents, tandis que les garçons affichent un résultat plus élevé pour les deux types d'événements. Les filles de race blanche ont une moyenne d'auto-efficacité moins élevée, mais une moyenne plus élevée en ce qui a trait au support social. Les étudiants plus gravement exposés rapportent une augmentation de la détresse psychologique. Celle-ci est aussi reliée aux variables

démographiques, aux événements de la vie et aux variables de protection. Les filles éprouvaient une détresse plus importante que les garçons. Les événements de vie sont aussi importants que l'exposition au désastre comme prédicteurs de la détresse psychologique.

Auteurs

Jones, R.T., D.P. Ribbe et P. Cunningham (1994). Psychological [369] Correlates of Fire Disaster among Children and Adolescents, *Journal of Traumatic Stress*, 7 (1) : 117-122.

Événement

Incendies hors-contrôle dans une ville du sud de la Californie.

Groupes étudiés

Enfants et adolescents de 7 à 18 ans (23) dont le domicile fut endommagé ou détruit et groupe contrôle (10).

Méthodes/outils

Diagnostic Interview for Children and Adolescent-Revised (Reich et Welner, 1990), le *Horowitz Impact of Event Scale* (Horowitz et al. 1979) et le *Fire Questionnaire-Child Form* (Jones et Ribbe, 1990).

Résultats/faits saillants

L'objectif de cette étude était d'évaluer les conséquences psychologiques à court terme associées au désastre naturel chez les enfants et les adolescents. L'évaluation fut réalisée six semaines après l'événement. Il fut trouvé que les enfants et adolescents du groupe de victimes rencontraient significativement plus de critères de diagnostic d'un état de stress post-traumatique ($F(1,31) = 5.44$ $p = .03$). Alors que chez les jeunes victimes, une moyenne de 2,8 des cinq critères étaient rencontrés, la moyenne du groupe contrôle se situait à 1,6. Huit enfants âgés de sept et huit ans du groupe de victimes rencontraient les critères d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique, alors que cette situation se retrouvait chez seulement une adolescente de quinze ans chez le groupe contrôle.

Auteurs

* LaGreca, A.M., E.M. Vemberg, W.K. Silverman et M.J. Prinstein (1996a). Symptoms of Posttraumatic Stress in Children after Hurricane Andrew : a Prospective Study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (4) : 712-723.

Événement

Ouragan Andrew (1992).

Groupes étudiés

Enfants (442 personnes) de niveaux scolaires primaires (3, 4 et 5e année).

Méthodes/outils

* Étude longitudinale.

[370]

* Outils : PTSD-RI, HURTE, SSSC, KIDSCOPE (15 item checklist) et Life Event Scale.

Résultats/faits saillants

L'ÉSPT tend à diminuer avec le temps, toutefois des degrés graves et très graves sont rapportés aux différents intervalles, soit 29,8% au premier, 18,1% au deuxième et 12,5% au troisième. L'ÉSPT ne diffère pas selon le niveau scolaire et le genre aux trois intervalles. Les enfants démontrant des taux modérés à graves sont plus à risque pour des réactions persistantes de stress au fil du temps. Les stratégies d'adaptation les plus couramment utilisées par les enfants sont, dans l'ordre : la pensée désireuse, l'adaptation positive, le retrait social et le blâme/colère. Au deuxième intervalle, de plus fortes proportions d'ÉSPT sont rapportées par les enfants qui ont perçu une menace à la vie et fait face à des événements majeurs pendant le désastre. Ceci est également valable pour ceux qui ont vécu des expériences de pertes et dislocation. Les enfants ayant vécu plus d'événements majeurs dans leur vie rapportent aussi plus d'ÉSPT. On note également que plus le support social est élevé, plus les niveaux d'ÉSPT sont bas. Au troisième intervalle, la plupart des effets de l'ÉSPT provenaient de stratégies adaptatives liées au blâme et à la colère.

Auteur

*** Lindstrom, J.P. (1986). The Effects of Natural Disaster on Children : a School-based Follow-up, *Dissertation Abstracts International*, 47, (08) : 2960-A.

Événement

Tornade.

Groupe étudié

Enfants (81+256 personnes).

Méthodes/outils

Étude comparative avec analyse bi-factorielle.

Résultats/faits saillants

Le but de cette étude était de déterminer les effets du désastre sur la performance scolaire, la fréquentation scolaire et les problèmes de comportement perçus par les professeurs chez les enfants affectés pendant l'année scolaire suivant l'événement. On a comparé deux groupes, soit un de 81 enfants ayant été affectés et un autre de 256 ne l'ayant pas été. Les données ont été recueillies onze mois après le [371] désastre. Les variables indépendantes étaient la condition du désastre et le classement. Les variables contrôlées incluaient le genre, la performance ultérieure, la fréquentation avant le désastre (un an) et le programme de gratuité de repas comme indicateur du statut économique de la famille. Les données analysées n'ont pu conduire à une évidente différence statistique entre les enfants affectés et les non-affectés par le désastre pour aucune des trois variables. Quelques différences actuelles parmi le groupe ont été notées, mais elles étaient attribuables au statut pré-désastre (c'est-à-dire la performance antérieure, la fréquentation antérieure et le genre). Les évaluations de comportement ont révélé une tendance, chez les garçons perçus par les professeurs comme éprouvant plus de difficultés en général, à plus de comportements irrespectueux et des difficultés dans le maintien de l'attention.

Auteurs

* Lonigan, C.J., M.P. Shannon, A.J. Finch, T.K. Daugherty et C.M. Taylor (1991). Children's Reactions to a Natural Disaster : Symptom Severity and Degree of Exposure, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 13 : 135-154.

Événement

Ouragan Hugo (1989).

Groupe étudié

Enfants (5287 personnes) de 9 à 19 ans.

Méthodes/outils

- * Étude comparative trois mois après le désastre.
- * Outils : RCMAS et le RI.

Résultats/faits saillants

De cette étude, les enfants ont été catégorisés en quatre sous-groupes pour déterminer le degré d'exposition :

- * non-exposition : enfants dont les parents ont conservé leur emploi, dont la demeure n'a pas été endommagée et localisée à un endroit où l'ouragan était peu grave ;
- * exposition légère : enfants dont les parents ont conservé leur emploi, dont la demeure a subi des dommages mineurs et où l'ouragan était peu grave ;
- * exposition modérée : enfants dont un parent a perdu son emploi, dont la demeure a été assez endommagée pour la rendre inhabitable et où l'ouragan était grave ;

[372]

- * exposition élevée : enfants dont les deux parents ont perdu leur emploi, chez qui la demeure a été gravement endommagée et où l'ouragan était très grave.

Les enfants du degré d'exposition élevé démontrent un score total élevé au RMCAS (facteurs psychologiques, d'inquiétude et de concentration). Les filles affichent un résultat plus élevé que les garçons. Les enfants fortement exposés rapportent une symptomatologie d'ÉSPT plus élevée, les filles se démarquant positivement sous ce rapport. La symptomatologie augmente avec la gravité de l'exposition. On note aussi un lien entre l'ÉSPT et l'âge, les enfants plus jeunes rapportant plus de symptômes que les plus âgés. Ces résultats valent aussi pour le degré d'anxiété (exposition, âge et sexe = niveau plus élevé selon le RCMAS).

Auteurs

* Lonigan, C.J. *et al.* (1994). Children Exposed to Disaster : Risk Factors for the Development of Post-traumatic Symptomatology, *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (1) : 94-105.

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Sud (1989).

Groupe étudié

Enfants (5687 personnes) de 9 à 19 ans.

Méthodes/outils

* Étude transversale plus variables émotionnelles.

* Outils : questionnaires auto-administrés avec l'aide des professeurs, RI et DSM-111.

Résultats/faits saillants

Les enfants ayant des dispositions à rapporter des sentiments émotionnels négatifs ont été identifiés comme plus à risque de développer l'ÉSPT. Il y a une relation entre la gravité du traumatisme vécu et les caractéristiques personnelles de l'enfant, notamment le trait d'anxiété. Celui-ci apparaît par ailleurs comme un facteur de risque de développement de l'ÉSPT. La présence d'ÉSPT a été fortement liée aux enfants ayant rapporté la gravité de l'ouragan, un haut degré de dommages subis au domicile des enfants, leur réactivité émotionnelle rapportée durant l'ouragan ont été plus reliés à la présence de symptômes d'ÉSPT que les autres facteurs d'exposition. La mesure des émotions comprenait huit items reportés en trois catégories : la crainte (peur, inquiétude), les affects [373] négatifs (tristesse, solitude, colère) et les affects positifs (bonheur, excitation, anxiété).

Auteurs

Najarian, L.M., A.K. Goenjian, D. Pelcovitz, F.S. Mandel et B. Najarian (1996). Relocation after a Disaster : Posttraumatic Stress Disorder in Armenia after the Earthquake, *Journal of the America Academy of Child and Adolescent*, 35 (3) : 374-383.

Événement

Tremblement de terre en Arménie en 1988.

Groupes étudiés

Enfants âgés de 11 à 13 ans (25 non relocalisés, 24 relocalisés et un groupe contrôle de 25 enfants non exposés).

Méthodes/outils

Étude épidémiologique comparative réalisée à l'aide du *Child Behavior Checklist* (Achenbach and Edelbrock), du *Depression Self-rating Scale* (Birlleson) et du *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (Herjanic et al.)

Résultats/faits saillants

Cette étude avait pour but d'évaluer la relation entre l'exposition au désastre et la relocalisation ainsi que le développement de l'état de stress post-traumatique, la dépression et les difficultés comportementales pouvant se manifester. Les auteurs ont observé que, dans les deux groupes fortement exposés, les non-relocalisés et les relocalisés, on retrouvait des proportions significativement plus élevées de diagnostic d'état de stress post-traumatique, de dépression et de problèmes comportementaux comparativement au groupe contrôle. Il n'y avait pas de différence au plan de la symptomatologie chez les enfants relocalisés ou non relocalisés.

Auteur

* Newman, C.S. (1976). Children of Disaster : Clinical Observations at Buffalo Creek, *American Journal of Psychiatry*, 133 : 306-312.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Groupe étudié

Enfants de moins de 12 ans (11 personnes).

[374]

Méthodes/outils

* Entrevues familiales et évaluations psychiatriques deux ans après le désastre.

* Outils : entrevues personnelles, dessins, histoires racontées, données scolaires.

Résultats/faits saillants

Les principales variables obtenues des mères étaient le profil du développement de l'enfant et celui de son fonctionnement avant et après le désastre. Les sujets discutés en entrevue avec les enfants étaient la vie familiale passée et récente, les sentiments personnels, les expériences scolaires, la perception de leurs espoirs futurs, la nature du désastre et la signification de la poursuite judiciaire. Les enfants ont démontré un affaiblissement émotionnel lié au stade du développement au moment du sinistre, à la perception des réactions familiales et leur exposition directe au désastre. Les enfants avaient en commun, deux ans après l'événement, un sens modifié de la réalité, une vulnérabilité accrue aux stress futurs, des sens altérés du pouvoir du moi et une conscience précoce de la fragmentation et de la mort. Ces facteurs pouvaient mener à des suites post-traumatiques si les enfants n'arrivaient pas à s'adapter en vieillissant. Différents symptômes et pathologies retrouvés chez les enfants étaient : ne pouvoir dormir seul, ne pouvoir

prendre son bain sans crier, faire pipi au lit, crier pendant son sommeil, se fâcher facilement, être préoccupé pour la sécurité des amis, faire des cauchemars terrifiants, avoir une réaction d'anxiété traumatique (tremblement des mains, tension, problèmes de sommeil, nervosité, etc.). Chez d'autres, on a noté une diminution du rendement scolaire et des problèmes de comportements.

Auteurs

* Saylor, C.F., C.C. Swenson et P. Powell (1992). Hurricane Hugo Blows Down the Broccoli : Preschooler's Post-disaster Play and Adjustment, *Child Psychiatry and Human Development*, 22 (3) : 139-149.

Événement

Ouragan Hugo (1989).

Groupes étudiés

Enfants (632 personnes). Trois groupes d'âge préscolaire.

Méthodes//outils

* Étude comparative.

* Outils : questionnaires et observations des parents.

[375]

Résultats/faits saillants

À la suite de l'ouragan, 67% des enfants démontrent de nouveaux comportements et craintes (légères à extrêmes). Très peu de cas d'ÉSPT grave ont été diagnostiqués. Cependant, 50 à 90% des sujets éprouvent certains symptômes similaires à l'ÉSPT.

Auteurs

* Shannon, M.P., C.J. Lonigan, A.J. Finch et C.M. Taylor (1994). Children Exposed to Disaster : 1. Epidemiology of Posttraumatic Symptoms and Symptoms Profiles, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 : 80-93.

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Sud (1989).

Groupes étudiés

Enfants et adolescents (5 687 personnes).

Groupes : 9-12 ans

Groupes : 13-15 ans

Groupes : 16-19 ans

Méthodes/outils

* Étude transversale.

* Outils : questionnaires auto-administrés avec l'aide des professeurs, RI (Frederick Reaction Index for Children), DSM-111.

Résultats/faits saillants

La fréquence des symptômes constatés chez les enfants varie selon l'âge, le sexe et la race. Plus de 5% de l'échantillon ont rapporté des symptômes suffisants pour être classifiés comme démontrant l'ÉSPT. Les filles et les enfants plus jeunes avaient plus de probabilité d'être inclus dans cette classification. Les filles ont rapporté plus de symptômes associés au processus émotionnel et à une réaction émotionnelle au traumatisme. Les garçons étaient plus enclins à rapporter des symptômes reliés aux facteurs cognitifs et comportementaux. Les enfants plus jeunes avaient plus de probabilité de rapporter des symptômes dans l'ensemble. La symptomatologie post-traumatique a affecté le fonctionnement des enfants au plan du rendement scolaire, la performance scolaire ayant diminué pour 29,2% des enfants (selon leur propre avis). C'est la performance des garçons du groupe

13-15 ans qui avait le plus décru. En général, plus l'âge de l'enfant était élevé, plus sa performance avait diminué. Au RI, 80% des enfants indiquent n'avoir que rarement ou jamais expérimenté les sept réactions après l'ouragan (pensées répétitives, [376] cauchemars, évitement, engourdissement émotionnel, augmentation des réactions d'anxiété, réactivité émotionnelle à se remémorer l'événement et comportements somatiques). Les résultats de Shannon s'apparentent à ceux de Earls (1988) et Handford (1986) qui seraient d'avis qu'il n'y aurait pas de lien entre les désastres et les réactions graves d'ÉSPT chez les enfants. Toutefois, il y a des effets négatifs constatés sur le rendement scolaire qui refléteraient la présence de réactions post-traumatiques.

Auteurs

* Shaw, J.A., B. Applegate, S. Tanner et al. (1995). Psychological Effects of Hurricane Andrew on an Elementary School Population, *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34 : 1185-1192.

Événement

Ouragan Andrew (1992).

Groupes étudiés

Enfants (144 personnes) de 8 à 11 ans - deux groupes selon l'intensité de l'impact sur l'école fréquentée (faible/fort).

Méthodes/outils

* Étude comparative.

* Outils : PTSD-RI, HURTE (modifié), TRF, mesures du comportement perturbant (21 items).

Résultats/faits saillants

On remarque que 87% du groupe d'impact fort présentait des symptômes post-traumatiques contre 80% du groupe de faible impact (à un niveau modéré). Aucune différence n'est notée selon l'âge, le sexe ou l'ethnie. Selon le TRF, c'est dans l'école touchée moins fortement que l'on observe le plus de psychopathologies. Après 32 semaines, on remarque une diminution du SSPT, mais après une réévaluation de 47 enfants, 89% d'entre eux présentent une détresse perpétuelle (de modérée à très grave).

Auteurs

* Shaw, J.A., B. Applegate et C. Schorr (1996). Twenty-one Month Follow-up Study of School-age Children Exposed to Hurricane Andrew, *Journal of American Academy of Children and Adolescent*, 35 (3) : 359-364.

Événement

Ouragan Andrew (1992).

[377]

Groupe étudié

Enfants de 7 à 13 ans (30 personnes).

Méthodes/outils

* Étude longitudinale.

* Outils : PTSD-RI (Pynoos), DSM-111-R et le TRF.

Résultats/faits saillants

On remarque une tendance à la diminution de l'ÉSPT au fil du temps. Toutefois, 70% des enfants démontrent un ÉSPT modéré à grave après 21 mois. La réduction est plus importante chez les garçons que chez les filles. Il existe une tendance évidente à l'augmentation de la psychopathologie sur une période dépassant 19 mois. Plusieurs différences significatives ($p < 0.05$) ont été observées chez les sujets à 21 mois comparativement à 2 mois. À 21 mois, comparativement à la période immédiate après le désastre, les garçons démontrent une augmentation significative des indices de retrait, d'anxiété/dépression, de problèmes sociaux, de problèmes d'attention et de symptômes d'internalisation tandis que les filles indiquent une hausse de la dimension obsessivité/ compulsivité. Dans l'ensemble, après 21 mois, des niveaux élevés d'ÉSPT et une augmentation des problèmes émotionnels et comportementaux persistent encore. Les filles présentent des niveaux plus élevés d'ÉSPT tandis que les garçons démontrent des indices plus élevés concernant d'autres psychopathologies. Les effets durables du désastre, associés aux agents stressants secondaires, continuent d'être étiologiquement importants car ils contribuent à entretenir la morbidité psychologique.

Auteurs

* Sullivan, M.A., C.F. Saylor et K.Y. Foster (1991). Post Hurricane Adjustment of Preschoolers and their Families, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 13 : 163-171.

Événement

Ouragan Hugo (1989).

Groupes étudiés

Enfants (278 personnes) d'âge préscolaire. Trois groupes de régions différentes.

Méthodes//outils

* Étude transversale.

* Outils : CBCL/2-3. CBCL/4-16., évaluations subjectives (15 items) par les parents.

[378]

Résultats/faits saillants

Les enfants dont la moyenne d'âge se situait à 4,2 ans ont démontré une augmentation significative de problèmes comportementaux après l'ouragan ($t=10,49$, $df=234$, $p<,0001$). Les parents ont rapporté des comportements demandants et dépendants, de la frustration et de l'irritabilité, des accès de colère et des problèmes du sommeil. D'autres comportements problématiques sont aussi mentionnés par les parents : la peur des orages et du tonnerre, des animaux, de voir les parents quitter une pièce de la maison, de voir la maison soufflée et la peur de la noirceur. La nervosité s'exprime par le rongement des ongles et l'enroulement des cheveux au bout des doigts. Cependant, peu d'enfants affichent des problèmes comportementaux cliniques.

Auteurs

* Swenson, C.C., C.F. Saylor, P.M. Powell, S.J. Stokes, K.Y. Foster et R.W. Belter (1996). Impact of a Natural Disaster on Preschool Children : Adjustment 14 Months after a Hurricane, *Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1) : 122-130.

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Sud (1989).

Groupe étudié

Enfants de 2 à 10 ans (331 personnes) avec la collaboration des mères qui ont complété les questionnaires.

Méthodes/outils

* Étude transversale, comparative avec groupe témoin.

* Outils : questionnaire sur les effets de l'ouragan, sur les événements stressants de la vie, échelle de durée des symptômes.

Résultats/faits saillants

Quatorze mois après le désastre, les enfants victimes ont démontré des degrés significativement plus élevés d'anxiété et de retrait, et plus de problèmes de comportement que les enfants non affectés. Il y a eu décroissance des problèmes après six mois (16%) et neuf mois (9%) suivant l'événement. La détresse de la mère était liée à la durée des difficultés chez les enfants et constituerait un indice de prédiction de difficultés futures chez les enfants. Les difficultés ou agents stressants extérieurs au sinistre (mariage ou décès dans la famille, pertes de propriétés) vécus par les parents ont aussi un impact sur l'augmentation de la durée des problèmes des enfants. D'où l'importance du rôle des parents et de leur capacité à gérer leurs propres difficultés dans le cadre du rétablissement des enfants à la suite d'un désastre.

[379]

Auteurs

* Vernberg, E.M., W.K. Silverman, A.M. LaGreca et M.J. Prinstein (1996). Prediction of Posttraumatic Stress Symptoms in Children after Hurricane Andrew, *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2) : 237-248.

Événement

Ouragan Andrew (1992).

Groupes étudiés

Enfants (568 personnes) du primaire (3, 4 et 5e année), trois mois après l'événement.

Méthodes/outils

* Étude transversale.

* Outils : voir LaGreca et al., 1996, moins le Life Event Scale.

Résultats/faits saillants

Au plan des symptômes d'ÉSPT, 30% rapportent des symptômes légers, 26% modérés, 25% graves et 5% très graves. Seulement 14% ne rapportent pas de symptômes. Les enfants rapportent généralement plus de symptômes associés à revivre l'événement. Les symptômes liés à l'évitement et l'hyperactivité sont moindres en comparaison. Plus de 50% des enfants mentionnent des dommages graves à leur domicile et leurs effets personnels et ont mentionné avoir vécu des événements menaçants pendant l'ouragan (moyenne 1.2 événement). Il y a peu de différences entre les sexes au plan de l'adaptation. Les symptômes d'ÉSPT augmentent avec l'exposition au désastre, tandis que les variables démographiques ne sont pas statistiquement significatives. De bas niveaux d'ÉSPT sont liés à une plus grande symptomatologie de SSPT ainsi que les variables d'adaptation (adaptation positive, blâme/colère, pensée désireuse, retrait social).

Auteur

*** Wilson, C.A. (1975). The Earthquake Displacement Program : a Study of its Effects upon the Academic Achievement of Students in Selected Junior High School, *Dissertation Abstract International* : 1237-A.

Événement

Tremblement de terre.

Groupe étudié

Adolescents.

[380]

Résultats/faits saillants

Le déplacement d'étudiants vers une autre école a eu comme effet une augmentation de l'équilibre des étudiants. Quoique l'absentéisme et les suspensions, dans certains cas, aient augmenté significativement et que les moyennes des résultats scolaires aient diminué, certains étudiants ont enregistré des gains à l'intérieur de ce programme de déplacement en autobus. Contrairement à ce qui avait été anticipé, le long trajet en autobus n'a pas dérangé la plupart des étudiants. Plusieurs d'entre eux ont utilisé le temps de déplacement pour l'étude, la relaxation ou l'entraide dans leurs travaux et études.

[381]

4. ADULTES ÂGÉS

[Retour à la table des matières](#)

Auteurs

*** Bolin, R. et D.J. Klenow (1982-1983). Response of the Elderly to Disaster : an Age-stratified Analysis, *International Journal of Aging and Human Development*, 16 (4) : 283-296.

Événements

Tornades au Texas (1979).

Groupes étudiés

Adultes âgés (302 personnes, soit 62 sujets de 60 ans et plus et 240 sujets de 60 ans et moins) provenant de deux communautés (255 de Wichita Falls et 47 de Vernon).

Méthodes/outils

* Étude longitudinale (Phases : deux semaines après l'impact, un an après).

* Outils : entrevues ; variables à l'étude : les pertes, l'utilisation de l'aide et les facteurs de récupération.

Résultats/faits saillants

Les auteurs mentionnent que selon les recherches menées, les personnes âgées souffriraient davantage des pertes générées par un sinistre, comparativement aux plus jeunes. Selon l'analyse des données, il n'y a pas eu de différence en ce qui concerne les pertes matérielles entre les plus jeunes et les plus âgés et aucune différence en ce qui a trait à la souffrance éprouvée sous ce rapport. Cependant, les

gens plus âgés percevaient leurs pertes comme plus importantes. Il y a eu aussi plus d'importance accordée à la perte de souvenirs chez les plus âgés. On a remarqué également deux fois plus de blessures physiques chez ceux-ci. Les personnes âgées utiliseraient davantage certaines formes d'aide (Croix-Rouge, Armée de Marie), mais sous-utiliseraient celles qui les aideraient davantage (hébergement, dons d'argent, prêts, etc.). Les aînés ont mentionné une plus importante diminution de leur qualité de vie que les plus jeunes (32,2% contre 12,5%) et ils possédaient moins de police d'assurance (66,1% contre 75,5%). Chez les deux groupes, 40% disaient ne pas s'être remis émotionnellement du désastre un an après ce dernier. La récupération économique était plus longue chez les aînés.

Auteurs

* Goenjian, A.K., L.M. Najarian, R.S. Pynoos, A.M. Steinberg *et al.* (1994). Posttraumatic Stress Disorder in Elderly and Younger Adults after the [382] 1988 Earthquake in Armenia, *American Journal of Psychiatry*, 151 (6) 891-901.

Événement

Séisme en Arménie (1988).

Groupes étudiée

Personnes âgées. Jeunes adultes (159 sujets plus 60).

Méthodes/outils

* Étude comparative pour évaluer la fréquence et la gravité des réactions post-traumatiques.

* Outils : tests SSPT + DSM-111-R.

Résultats/faits saillants

Les personnes âgées et jeunes adultes vivant dans les villes le plus près de l'épicentre ont démontré des scores nettement supérieurs que ceux qui en étaient plus éloignés. Le symptôme de réaction post-traumatique se manifeste également chez les deux groupes (score moyen), mais on note une différence significative dans les symptômes d'éveil qui se sont davantage manifestés chez les personnes âgées, tandis que les symptômes dérangeants ont obtenu un score plus élevé chez les jeunes adultes. On a aussi remarqué une corrélation positive entre la perte de membres de la famille et la gravité de la réaction du stress post-traumatique. Au total, 67% d'ÉSPT dans la population étudiée.

Auteurs

*** Huerta, F. et R. Horton (1978). Coping Behavior of Elderly Flood Victims, *The Gerontologist*, 18 : 541-546.

Événement

Inondation après une rupture de barrage en Idaho (1976).

Groupe étudié

Adultes âgés (387 personnes).

Méthodes/outils

- Stratégie comparative avec jeunes adultes.
- Outils : entrevues téléphoniques.

Résultats/faits saillants

L'étude a démontré que les personnes âgées (65 ans et plus) réagissaient mieux que les jeunes adultes au plan émotionnel, avaient plus de [383] difficultés avec les corvées physiques telles le ramassage, le ménage et les réparations, avaient besoin de conseils pour leur façon d'exprimer leurs revendications financières, légales et fiscales, pouvaient refuser des formes d'aide en raison de leur perception de l'aide sociale (ce type d'aide pouvant se référer à des valeurs d'indépendance et d'intégrité personnelle). Les personnes âgées sous-estimaient le besoin et l'utilité de l'aide légère offerte par des agences spécialisées et préféraient avoir un rôle à jouer dans la dissémination de l'information et d'opinion plutôt que d'être des bénéficiaires passives. Il ressort également que 42% des plus jeunes ont mentionné ne s'être jamais remis du désastre, alors que 29% des plus âgés ont dit s'être remis.

Auteurs

*** Kaniasty, K.Z., F.H. Norris et S.A. Murrell (1990). Received and Perceived Social Support following Natural Disaster, *Journal of Applied Social Psychology*, 20 : 85-114.

Événement

Inondations au Kentucky (1981 -1984).

Groupe étudié

Adultes âgés de 55 ans et plus (222 personnes).

Méthodes/outils

* Étude longitudinale débutant trois mois avant l'inondation de 1981, dont cinq périodes d'entrevues jusqu'en 1983 (étude 1) et une dernière entrevue en 1985 (étude 2). Trois catégories de victimes : primaires (exposées directement à des pertes), secondaires (demeurant dans la région affectée mais non touchée au plan des pertes et des blessures) et non-victimes (provenant de régions adjacentes non inondées) (nombre variant selon les intervalles de temps mais totalisant 222).

* Outils :

Étude 1 : questionnaires comportant des variables sociodémographiques, entrevues basées sur l'Échelle modelée de Andrews *et al.*, (1978), mesures de l'inondation, échelles kin help et non kin help + questions additionnelles (4), entrevues portant sur les pertes.

Étude 2 : variables sociodémographiques, échelle modelée de Andrews *et al.* (1978) + échelle de Cohen et Wills (1985) + échelle Phillips Social Participation Index (1967), mesures d'exposition à l'inondation + le Community Destruction Index.

[384]

Résultats/faits saillants

L'étude 1 a démontré qu'indépendamment de la source d'aide (parentale et non parentale), les attentes d'aide dans une situation hypothétique d'inondation sont trois fois plus élevées que la quantité d'aide réelle reçue en situation de crise. Les répondants s'attendant à plus d'aide sont réellement plus assistés lors de désastre comparativement à ceux qui s'attendent à peu ou pas d'aide. Les victimes subissant plus de pertes graves sont aussi aidées plus intensément. Bien que 66% des victimes aient obtenu de l'aide, seulement 45% perçoivent l'aide reçue comme importante ou juste en quantité, alors que les 55% restants ont reçu peu ou pas du tout d'aide. Quarante-deux pour cent des victimes ont reçu l'aide de leur famille immédiate ou de la parenté, mais cette aide était perçue comme fiable. Seulement 28% des victimes ont estimé l'aide reçue comme importante ou correcte. La quantité d'aide parentale reçue n'est pas influencée par les caractéristiques sociodémographiques et l'étendue des pertes encourues. En ce qui concerne l'aide non parentale, les victimes ayant des niveaux d'éducation plus élevés ou ayant subi des pertes très graves sont plus aidées que les victimes avec moins d'éducation et moins de pertes graves. Les auteurs ont proposé que les victimes âgées recevraient moins d'aide, malgré des besoins supérieurs aux plus jeunes, en fonction du modèle de négligence et de leur localisation en milieu rural (Bolin [1982] propose que les victimes urbaines bénéficieraient de plus d'aide).

L'étude 2 compare les différences du support perçu chez les victimes primaires, secondaires et les non-victimes. Les effets à court terme (moins d'un an après le désastre) ont démontré que le support perçu avant l'inondation était le plus fort prédicteur du support perçu après celle-ci. Les gens moins instruits enregistraient un déclin significatif du support perçu six mois après l'inondation. On a aussi noté que plus la destruction de la communauté est importante, plus élevées sont les perceptions d'un faible support social ; les pertes ne sont par contre pas liées à cet aspect. Les effets à long terme ont démontré que les perceptions pré-inondation de support social sont les prédicteurs les plus forts du support social post-inondation. L'étendue de la destruction de la communauté continue d'être associée au déclin des attentes d'aide provenant de sources non parentales. En conclusion, les résultats ont indiqué que l'étendue des pertes personnelles subies par les victimes affecte les perceptions du support social sur des périodes de courte durée (trois à six mois) et que les pertes au niveau de la communauté sont également associées à un déclin des perceptions de support dans les suites immédiates d'une inondation.

[385]

Auteur

*** Kaniasty, K.Z. (1991). Social Support as a Mediator of Stress following Natural Disaster : a Test of a Social Support Deterioration Model Using Measures of Kin Support, Non Kin Support and Social Embeddedness, *Dissertation Abstracts International*, 52 (6) : 3342.

Événement

Inondations au Kentucky (1981).

Groupe étudié

Adultes âgés (200 personnes).

Méthodes/outils

* Étude prospective.

* Outils : trois types de données, techniques d'équations modélisantes structurées.

Résultats/faits saillants

Un modèle théorique a été proposé. Ce modèle stipule que les victimes expérimentaient l'impact de l'inondation à la fois *directement* en raison des pertes immédiates et du traumatisme, et *indirectement* à travers la détérioration du support social. Les analyses LISREL ont indiqué que le support non familial (non relatif à la parenté) modérait de façon plus consistante l'impact du désastre sur la détresse psychologique, le déclin du support non familial suivant l'inondation ayant contribué à une augmentation de la dépression. En outre, cette détérioration a eu des effets médiateurs sur les individus et les aspects de l'inondation sur la communauté. L'intégration sociale a aussi eu un effet médiateur sur l'exposition de la communauté : le déclin post-désastre dans la participation aux activités sociales rapporté par tous ceux qui résidaient dans les régions touchées (sans savoir si les gens avaient ou non subi des pertes ou des blessures) était sûrement lié à l'augmentation de la dépression post-désastre. Aucune évidence n'a été trouvée en ce qui concerne le rôle hypothétique modérateur du support familial (parenté).

Auteurs

Kato, H., N. Asuki, Y. Miyake, K. Minakawa et A. Nishiyama (1996). Post-traumatic Symptoms among Younger and Elderly Evacuees in the Early Stages following the 1995 Hanshin-Awaji Earthquake in Japan, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (6) : 477-481.

Événement

Tremblement de terre de Kobe (1995).

[386]

Groupes étudiés

67 adultes âgés de moins de 60 ans et 75 adultes âgés de 60 ans et plus furent évalués 3 semaines après le désastre. Une seconde évaluation fut réalisée huit semaines après le désastre chez la presque totalité du premier échantillon (50-73).

Méthodes/outils

Étude épidémiologique longitudinale réalisée à l'aide du Post-Traumatic Symptom Scale (Holen et al.).

Résultats/faits saillants

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les réactions de stress post-traumatique à court terme chez des sujets ayant été évacués à la suite d'un tremblement de terre. Les résultats de la première évaluation ont conclu à la présence de problèmes de sommeil, de dépression, d'hypersensibilité et d'irritabilité chez les deux groupes. La proportion du groupe de sujets plus jeunes qui démontraient ces symptômes n'avait pas enregistré de diminution au cours de la deuxième évaluation après huit semaines. Cependant, une diminution significative fut enregistrée pour huit symptômes sur dix chez les sujets plus âgés. Les auteurs suggèrent que ces résultats peuvent être expliqués par un stress psychologique décroissant chez les plus âgés, des réseaux de support social plus étendus et le fait d'avoir vécu antérieurement d'autres expériences de désastres.

Auteurs

* Kilijanek, T.S. et T.E. Drabek (1979). Assessing Long-term Impacts of a Natural Disaster : a Focus on the Elderly, *Gerontologist*, 19 (6) : 555-566.

Événement

Tornade.

Groupe étudié

Adultes âgés.

Méthodes/outils

Étude comparative.

Résultats/faits saillants

Les chercheurs ont examiné l'effet d'une tornade sur une population âgée (60 ans et plus) en comparant les données pré et post-désastre avec les données d'une étude antérieure réalisée auprès d'une population [387] plus jeune. On a remarqué des différences entre les sujets âgés et les plus jeunes sous plusieurs aspects, incluant leur expérience de la perte subie et les stratégies de rétablissement, mais les deux groupes n'étaient pas défavorablement plus affectés. En particulier, les gens âgés n'avaient pas plus de probabilités que les plus jeunes (groupe contrôle) leur étant jumelés de rapporter des problèmes significatifs de santé physique ou mentale. Les personnes âgées ont décrit leur santé générale d'excellente à bonne le plus souvent et ont rapporté l'absence de problèmes de santé spécifiques le plus souvent. Les personnes âgées ne sont pas apparues plus isolées que les non-victimes.

Auteur

* Krause, N. (1987). Exploring the Impact of a Natural Disaster on the Health and Well-being of Older Adults, *Journal of Human Stress*, Summer : 61-69.

Événement

Ouragan Alicia (1987).

Groupes étudiés

Adultes âgés (351 personnes).

Cohorte synthétique.

Méthodes/outils

Outils : CES-D + mesures de santé.

Résultats/faits saillants

Les résultats démontrent que les effets majeurs du désastre ont diminué après environ 16 mois chez les répondants. On constate aussi une différence significative, selon le genre, dans le processus d'ajustement chez les répondants.

Auteur

* Krause, N. (1987). Exploring the Impact of a Natural Disaster on the Health and Well-being of Older Adults, *Journal of Human Stress Summer* : 61-69.

Événement

Ouragan Alicia au Texas (1983).

Groupe étudié

Adultes âgés (351 personnes).

[388]

Méthodes/outils

* Étude longitudinale portant sur 9 et 16 mois après le désastre.

* Outils : CES-D + une question d'auto-évaluation de la santé.

Résultats/faits saillants

Le temps est un facteur qui intervient sur les activités somatiques et retardées et sur la santé auto-évaluée. Avec le passage du temps, les sujets ont rapporté moins de symptômes et ont décrit leur santé en termes moins négatifs. Le processus d'ajustement des femmes diffère de celui des hommes (activités somatiques et retardées). On n'a toutefois pas remarqué de différence en ce qui a trait à l'auto-évaluation chez les deux sexes. Les femmes seraient plus vulnérables, mais se sont elles aussi adaptées sur une période de 16 mois. D'où l'importance de tenir compte de la période de temps entre l'événement et la mesure des symptômes lors de l'étude des impacts d'un désastre sur le développement des symptômes. Par ailleurs, chaque événement étant par lui-même unique, il génère un modèle d'ajustement qui lui est propre. L'utilisation du stress comme élément de mesure de la santé peut, compte tenu de ces considérations, s'avérer problématique.

Auteurs

Livingston, H.M., M.G. Livingston, D.N. Brooks et WW. McKinlay (1992). Elderly Survivors of the Lockerbie Air Disaster, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7 (10) : 725-729.

Événement

Explosion d'avion à Lockerbie en 1988.

Groupes étudiés

31 personnes âgées et 24 jeunes survivants furent évalués dans l'année suivant le désastre.

Méthodes/outils

Étude comparative réalisée dans le but d'expertises médico-légales à l'aide du *General Health Questionnaire* (Goldberg), de *l'impact of Event Scale* (Horowitz et al.) et du *Leeds Scales* (Snaith et al.).

Résultats/faits saillants

Les auteurs n'ont pas noté de différences entre les sujets plus jeunes et les plus âgés au plan de leurs réactions. La majorité des sujets rencontraient les critères de diagnostic d'un état de stress post-traumatique selon le DSM-111-R. L'incidence d'une dépression majeure concomitante était cependant beaucoup plus importante chez les aînés, contrairement [389] aux plus jeunes. Les auteurs ont également fait mention d'une relation entre la perte ou les blessures à des amis et l'exposition à des cadavres et un diagnostic d'état de stress post-traumatique chez les plus âgés, alors que cette relation était inexistante chez les plus jeunes. Les pertes matérielles significatives étaient associées à de la dépression chez les sujets plus jeunes, mais non chez les plus âgés.

Auteurs

Livingston, H.M., M.G. Livingston et S. Fell (1996). The Lockerbie Disaster : a 3-year Follow-up of Elderly Victims, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (12) : 989-994.

Événement

Explosion d'avion à Lockerbie en 1988.

Groupe étudié

19 personnes âgées évaluées deux ans auparavant.

Méthodes/outils

Étude longitudinale réalisée à l'aide du *General Health Questionnaire* (Goldberg), de *l'impact of Event Scale* (Horowitz et al.) et du *Leeds Scale* (Snaith et al.).

Résultats/faits saillants

En dépit d'une diminution significative de l'incidence de l'état de stress post-traumatique et des symptômes d'anxiété, 15,7% des personnes âgées répondaient toujours pleinement aux critères d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique. D'autres symptômes concomitants étaient également présents chez ces personnes (anxiété et dépression). Selon les auteurs, l'état de stress post-traumatique tend à perdurer plus de deux ans tant chez les plus jeunes que les plus âgés à la suite d'un événement traumatisant, tandis que chez une minorité appréciable, l'intensité du syndrome peut demeurer la même à long terme, soit trois ans dans le cas présent.

Auteur

* Melick, M. E. (1985). The Health of Postdisaster Population : a Review of Literature and Case Study, in J.L. Laube et S.A. Murphy (Eds), *Perspective on Disaster Recovery*, Norwalk, Conn. : 179-209.

Événement

Inondation au Wyoming (1972).

[390]

Groupe étudié

Femmes âgées (122 + 45 personnes).

Méthodes/outils

* Étude longitudinale avec groupe contrôle.

* Outils : LANGER'S 22 item scale, ZUNG'S self-rating depression scale, SCL-90 (modifié).

Résultats/faits saillants

Chez une population de femmes âgées (65-88 ans), on a noté des différences significatives dans les perceptions personnelles des victimes inondées de l'état d'âme après le sinistre, la détresse pendant le rétablissement, la qualité de vie après le désastre et la fréquence de la réminiscence concernant le désastre. L'utilisation de sédatifs, de tranquillisants et d'alcool est plus fréquente chez les sinistrées comparativement au groupe contrôle ($p=.08$). Selon les personnes inondées, la période de rétablissement dépasse une année. Une différence significative est aussi enregistrée chez ces dernières en relation avec la somatisation et l'anxiété. C'est toutefois chez les non-inondées qu'on remarque des niveaux de symptomatologie plus élevés liés à la santé mentale, sauf en ce qui concerne la dimension obsessionnelle-compulsive.

Auteurs

* Norris, F.H. et S.A. Murrell (1988). Prior Experience as a Moderator of Disaster Impact on Anxiety Symptoms in Older Adults, *American Journal of Community Psychology*, 16 : 665-683.

Événement

Inondations au Kentucky (1981-1984).

Groupe étudié

Adultes âgés (234 personnes).

Méthodes/outils

- * Étude de type panel (avant et après le désastre).
- * Outils : CES-D + Measures of State-trait Anxiety Inventory.

Résultats/faits saillants

À partir d'une étude réalisée auprès de personnes ayant été confrontées ou non aux inondations et à l'aide des symptômes pré-inondation contrôlés, on a constaté qu'il y avait eu de modestes effets du désastre sur l'anxiété et la détresse dus aux conditions climatiques d'inondation, mais pas d'effets de l'inondation chez ceux qui avaient déjà eu [391] cette expérience. Aussi, l'étude appuie l'hypothèse de *l'inoculation* et d'autres conceptualisations qui mettent l'emphase sur l'avantage d'être habitué ou d'avoir expérimenté ce type de facteurs de stress relativement au développement d'effets négatifs, quoique cela ne protège pas nécessairement de l'épuisement et de l'effondrement après un désastre.

Auteur

* Phifer, J. F. (1990). Psychological Distress and Somatic Symptoms after Natural Disaster : Differential Vulnerability among Older Adults, *Psychology and Aging*, 5 : 412-420.

Événement

Inondations au Kentucky (1981-1984).

Groupe étudié

Adultes âgés (200 personnes).

Méthodes/outils

* Étude comparative.

* Outils : STAI-T, CES-D, GWBS, SRS et des variables sociodémographiques.

Résultats/faits saillants

Le changement somatique et d'autres symptômes ont été évalués chez des adultes âgés qui ont vécu de graves inondations pendant qu'ils prenaient part à une étude qui poursuivait d'autres buts. Les symptômes somatiques ont augmenté après le désastre. Les effets des symptômes post-exposition n'étaient aucunement reliés à des facteurs sociodémographiques. L'exposition était liée à une augmentation de la dépression et de l'anxiété. Les personnes qui démontraient des symptômes dépressifs avant le désastre ont vu ceux-ci augmenter après celui-ci. Un revenu faible correspondait à une plus grande détresse. Les hommes ont fait part d'un déclin du bien-être plus important que les femmes. Les symptômes somatiques peuvent perdurer 18 mois après l'événement.

Auteur

* Phifer, J.F. (1991). Psychological Adaptation following Natural Disaster : a Conceptual Model and Path Analysis, *Dissertation Abstracts international*, 52 (6) : 3304.

Événement

Inondations au Kentucky (1981).

392

DÉSASTRES ET SINISTRÉS

Groupe étudié

Adultes âgés (200 personnes).

Méthodes/outils

* Étude prospective.

* Outils : entrevues.

Résultats/faits saillants

Les pertes reliées au désastre sont associées à des hausses subséquentes d'affects négatifs et des diminutions d'affects positifs trois et neuf mois après le désastre. L'estime personnelle a des effets indépendants sur la détresse psychologique subséquente, mais ne modifie pas l'impact des pertes personnelles sur celle-ci. Les personnes ayant vécu de nombreux événements négatifs de la vie démontrent une détresse psychologique élevée, peu importe le niveau de pertes personnelles.

Auteurs

* Thompson, M.P., F.H. Norris et B. Hanacek (1993). Age Differences in the Psychological Consequences of Hurricane Hugo, *Psychology and Aging*, 8 (4) : 606-616.

Événement

Ouragan Hugo (1989).

Groupe étudié

Adultes (831 personnes) d'âge variant de 18 à 89 ans.

Méthodes/outils

* Étude longitudinale (12, 18 et 24 mois après l'événement).

* Outils : BSI, PSS (Perceived Stress Scale), échelle de mesure des événements (Norris, 1990, 1992), impact du désastre (4 aspects) + variable de contrôle.

Résultats/faits saillants

Le but de cette étude était de savoir si l'âge affectait les conséquences psychologiques à long terme. L'analyse de régression a démontré que l'exposition au désastre avait des effets psychologiques substantiels et pervers. L'analyse a aussi mis en évidence une interaction curvilinéaire entre l'exposition et l'âge. Les personnes plus jeunes ont démontré le plus de détresse excluant le désastre, mais les 35-49 ans et les 50-64 ans en démontraient davantage en sa présence. C'est chez les 35-49 ans qu'on retrouve donc un résultat plus élevé en ce qui a trait aux relations entre les blessures, la menace à la vie, les pertes financières et [393] l'âge, et les symptômes de détresse (six variables : symptômes en général, dépression, anxiété, plaintes somatiques, stress général et stress post-traumatique). Il n'y a pas eu de relation significative notée entre les pertes personnelles et l'âge et la détresse au premier intervalle, mais il y en avait une aux deuxième et troisième intervalles relativement à certaines variables. L'exposition différentielle, les ressources et l'inoculation n'ont pu expliquer ces différences, quoique la perspective du fardeau (Burden Perspective) ait eu une capacité d'explication considérable.

Auteurs

Ticehurst, S., R.A. Webster, V.J. Carr et T.J. Lewin (1996). The Psychosocial Impact of an Earthquake on the Elderly, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (11) : 943-951.

Événement

Tremblement de terre à Newcastle (Australie) en 1989.

Groupes étudiés

2 371 adultes âgés de moins de 65 ans et 636 adultes âgés de 65 ans et plus.

Méthodes/outils

Étude comparative à l'aide du *Coping reactions inventory* (Billings and Moos), du *Defense Style Questionnaire* (Bond), du *Eysenck Personality Inventory* (Eysenck and Eysenck), du *General Health Questionnaire* (Goldberg), de l'*Impact of Event Scale* (Horowitz et al.) et du *Personal Hopefulness Scale* (Nunn et al.).

Résultats/faits saillants

Les résultats ont conclu à de moindres sentiments de menaces et à moins d'expériences perturbantes chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Celles-ci semblaient également peu utiliser les services offerts dans les suites du désastre, comparativement aux plus jeunes sujets. Les résultats à l'IES et au GHQ ont cependant démontré des symptômes d'état de stress post-traumatique plus importants chez les plus âgés. Chez le groupe fortement exposé, l'état de stress post-traumatique avait tendance à moins se résorber et demeurait fréquent, même si on observait une tendance à la décroissance de la détresse vécue. Les auteurs pensent que même si les aînés ont peu mentionné d'expériences perturbantes liées au désastre, ils ont plus de probabilité de développer un état de stress post-traumatique subséquent. Les femmes âgées et les personnes qui utilisent des stratégies d'évitement comme moyens d'adaptation sont les plus vulnérables aux effets négatifs.

[394]

5. RECENSION D'ÉCRITS ET ARTICLES GÉNÉRAUX

[Retour à la table des matières](#)

Auteurs

Baum A., R. Fleming et M.L. Davidson (1983a). Natural Disaster and Technological Catastrophe, *Environment and Behavior*, 15 (3) : 333-354.

Événements

Désastres (général).

Méthodes/outils

Revue de littérature.

Résultats/faits saillants

L'auteur fait ressortir que, selon Milnes (1977), qui a étudié le cyclone Tracy, certaines personnes étant demeurées sur le site du désastre, soit moins de 10%, avaient des problèmes émotionnels dix mois après l'événement ; chez les enfants, le quart avait conservé des craintes face aux tempêtes au-delà de dix mois après le sinistre. Dans la même veine, Parker (1977) a étudié 18 sujets ayant perdu leur maison ; il a constaté que 72% d'entre eux démontraient des problèmes psychologiques 14 mois après le désastre. Huerta et Horton ont étudié un effondrement de barrage en Idaho et ont constaté qu'après six mois, presque la moitié des affligés éprouvaient encore des difficultés.

Auteurs

Cassisty, D. et H. McDaniel (1994). The Great Flood of 1993 and Head Start Program : a Partner in Recovery, *Children Today*, 22 (4) :12-15.

Événement

Inondation dans le Midwest américain.

Méthodes/outils

- * Activités d'un programme (Head Start).
- * Étude descriptive (cas).

Résultats/faits saillants

Le rétablissement après un désastre passe aussi par une aide structurée au plan de la santé psychologique. Il importe de renforcer la stabilité et l'espoir au sein de la communauté, plus spécifiquement pour les résidents des zones touchées par l'inondation. La reconstruction au plan physique se mesure aussi par le rétablissement au plan mental.

[395]

Auteur

Centers for disease control and prevention (1993a). Public Health Consequences of a Flood Disaster, *Journal of the American Medical Association*, 270 (12) : 1406-1408.

Événement

Désastres naturels (général).

Groupes étudiés

Étude auprès de divers centres et cliniques.

Résultats/faits saillants

Le changement des conditions d'hygiène peut contribuer à l'augmentation des maladies infectieuses. Il peut également y avoir des contaminations des sources d'eau par des matières fécales ou toxiques. L'augmentation de population de moustiques peut aussi comporter certains risques d'infection lors de désastres.

Auteur

Communicable disease control (1993). Flood Related Mortality, Missouri, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42 (48) : 941-943.

Événement

Inondations au Missouri (1993).

Groupe étudié

Population hébergée dans des abris temporaires (702 personnes dont 524 ont visité l'hôpital).

Méthodes/outils

Rapports de surveillance, appels téléphoniques et questionnaires. Mention de maladies et de blessures.

Résultats/faits saillants

Les types de blessures les plus courantes ayant été subies par les individus (250 personnes) sont : les entorses et foulures (34%), les lacérations (24%), les écorchures et contusions (11%) et autres blessures (11%). Des 233 malaises rapportés, les plus fréquents se sont avérés : les problèmes gastro-intestinaux (17%), les éruptions cutanées et dermatites (16%), les bouffées de chaleur (13%) et autres problèmes (20%).

Auteurs

Crabbs, M.A. et E. Heffron (1981). Loss Associated with Natural Disaster, *The Personnel and Guidance Journal*, 59 (6) : 378-382.

[396]

Événement

Désastres naturels (général).

Méthodes/outils

Revue de la littérature.

Résultats/faits saillants

Selon les auteurs, les groupes marginaux (« whith a marginal predisaster existence ») peuvent constituer des personnes à risque de développer des problèmes psychologiques. Ceux qui sont aussi identifiés plus à risque lors de tels événements sont les enfants, les personnes âgées, les pauvres et ceux qui ont des antécédents d'instabilité émotionnelle.

Auteur

Edwards, G.C. (1976). Psychiatric Aspects of Civilian Disasters, *British Medical Journal*, 1 : 944-948.

Événement

Désastres (général).

Méthodes/outils

Article de revue.

Résultats/faits saillants

Selon l'auteur, les personnes réagissent différemment aux désastres selon leur prédisposition constitutionnelle et leurs expériences de vie précédentes. Entre autres, parmi de nombreux effets, la culpabilité peut être ressentie et s'exprimer de diverses façons (somatisation, hallucination, héroïsme, etc.). Les réactions défensives peuvent aussi se manifester sous forme de dissociation ou d'hystérie. L'anesthésie émotionnelle ou psychique défensive peut aussi s'accompagner de comportements ou de gestes inappropriés (ex. : humour macabre) ou verser dans l'intellectualisation, camouflant ainsi les émotions réelles. L'auteur réfère à Kingston et Rosser (1974) qui ont suggéré que l'incidence des maladies dépressives, dans les communautés touchées par les désastres en général, pouvait être augmentée de 350% et les maladies névrotiques non spécifiques de 1 100%

Auteurs

Erickson, P.E., TE. Drabek, W.H. Key et J.L. Crowe (1976). Families in Disaster : Patterns of Recovery, *Mass Emergencies*, Elsevier Scientific Publishing Company, 1 : 203-216.

[397]

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Méthodes/outils

Rapport de présentation, conférence.

Résultats/faits saillants

La perte de la communauté correspond à un traumatisme collectif. Devant abandonner des liens de longue date avec des gens et des lieux familiers, les individus se sentent démoralisés, désorientés et confrontés à une perte de réseaux. La méfiance semble s'être installée à Buffalo Creek ainsi que l'effondrement de standards moraux (alcool et stupéfiants sont en augmentation). On a aussi remarqué une certaine désorganisation sociale (augmentation des vols, délinquance) et le déclin du contrôle parental dans une communauté auparavant préoccupée par la continuité générationnelle. La méfiance est aussi en hausse en raison des nouvelles reconstructions du voisinage qui sous-tendent l'effondrement du modèle précédent et la présence d'étrangers. Incapables de se fixer de nouvelles ancrs, par rapport à la communauté, les survivants vivent une véritable dislocation qui peut s'étendre sur des mois, voire des années. En plus de se sentir isolés les uns des autres, les survivants ont perdu leur sens d'appartenance au milieu. La dynamique des couples semble également affectée ; n'arrivant plus à s'alimenter via un contexte et un rythme procurés par leurs réseaux sociaux, ceux-ci voient leur relation s'effriter. La signification de leur union se voit amoindrie et il s'ensuit une augmentation des divorces.

(Note : Approche systémique de l'auteur.)

Auteurs

Friedman, J.J. et P.P. Schnurr (1995). The Relationship between Trauma, Post-traumatic Stress Disorder, and Physical Health, in M.J. Friedman, D.S. Charney et A.Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress : from Normal Adaptation to Post-traumatic Stress Disorder*, Philadelphia, Lippincott-Raven : 507-524.

Événement

Général.

Méthodes/outils

Revue de littérature.

Résultats/faits saillants

Il s'agit en premier lieu d'une revue de littérature sur les résultats des événements traumatisants sur la santé physique. En dépit des nombreux [398] écrits qui suggèrent que l'exposition aux événements traumatisants peut être liée à des effets nuisibles sur la santé, peu d'articles ont été écrits sur les conséquences médicales et somatiques qui peuvent survenir après une exposition à un stress extrême. Néanmoins, les rédacteurs ont suggéré que la santé physique peut être chroniquement et gravement détériorée à la suite d'une expérience traumatisante. Ensuite, la littérature est revue par rapport aux impacts physiques associés à l'ÉSPT. Les auteurs affirment que l'ÉSPT est un important médiateur au travers duquel le traumatisme peut être lié à des résultats défavorables sur la santé. Finalement, les corrélations biologiques et psychologiques avec l'ÉSPT sont revues. Celles-ci prédisposent les individus à une augmentation du risque d'être affectés de problèmes médicaux.

Auteur

Hovanitz, C.A. (1993). Physical Health Risks Associated with Aftermath of Disaster : Basic Paths of Influence and their Implications for Preventive Intervention, *Journal of Social Behavior and Personality*, 8 : 213-254.

Événement

Désastres (général).

Méthodes/outils

Revue de littérature.

Résultats/faits saillants

Cet article revoit l'évidence empirique supportant le stress comme une cause du lien entre un désastre et une santé physique détériorée. Les victimes de désastres naturels démontrent des maladies plus longues et une santé plus déficiente. Les médecins et les registres d'hôpitaux suggèrent aussi une plus grande morbidité physique et une mortalité plus élevée. L'augmentation du stress face à la vie est observée à la suite d'un désastre et il est aussi prospectivement lié à une probabilité accentuée de l'initiation ou l'exacerbation d'une dégradation physique. Les altérations dans le fonctionnement immunitaire et la réactivité psychophysiologique qui résultent du stress sont des causes probables de risque pour la santé. Plusieurs études suggèrent que le fonctionnement immunitaire et la réactivité psychophysiologique peuvent être améliorés par des interventions comme la relaxation et l'activité physique. D'autres stratégies pouvant réduire les impacts négatifs sont aussi suggérées.

Auteurs

Kaniasty, K. et F.H. Norris (1995a). *Mobilisation and Deterioration of Social Support following Natural Disaster*, American Psychological Society, Cambridge University Press.

[399]

Événement

Désastres (général).

Méthodes/outils

Proposition de modèles théoriques.

Résultats/faits saillants

De ce texte, nous retenons que plusieurs phases post-impact sont différenciées dans la littérature (désillusion, reconstruction). En ce qui concerne le support social, on le retrouve dans trois catégories de support : le support reçu, qui concerne l'aide réelle effectivement reçue ; le support perçu, celui que l'on croit pouvoir recevoir, une aide que l'on croit disponible en cas de besoin ; l'intégration sociale, qui concerne la quantité et les types de relations avec autrui. Quelques éléments sont aussi retenus de ce texte. Selon les auteurs, il apparaît que le secours apporté lors de désastres est distribué inégalement et les plus exposés sont aidés en premier. Selon Drabek et Key (1986), les réseaux familiaux sont la plus grande source de support social. D'après divers auteurs, un support social inadéquat correspond à une détresse plus élevée. Les auteurs mentionnent que certains groupes reçoivent plus d'aide, soit les femmes, les plus jeunes, les gens mariés et les personnes très scolarisées, comparativement aux hommes, aux aînés, aux non-mariés et aux personnes peu scolarisées. Les pauvres et les minorités éprouvent plus de difficultés à trouver une aide adéquate et à se rétablir des suites d'un désastre. Se référant à Solomon et al. (1983), une perte profonde peut être ressentie par les victimes constatant une moindre disponibilité du support perçu. Kaniasty et Norris ont également proposé que les victimes secondaires (n'ayant pas subi de dommages à la propriété) endossaient aussi le déclin de la disponibilité du support perçu. Les auteurs proposent un modèle de négligence et d'intérêt relatif au rôle du support social lors de désastres.

Auteur

McFarlane, A.C. (1989a). The Prevention and Management of the Psychiatric Morbidity of Natural Disasters : an Australian Experience, *Stress Medecine*, 5 : 29-36.

Événement

Désastre (général).

Méthodes/outils

Éléments de revue de littérature.

[400]

Résultats/faits saillants

De ce texte, nous pouvons retenir, en lien avec la santé physique et les désordres psychologiques, que des données d'autres sources procurent aussi d'importantes informations relativement aux problèmes qui se présentent dans le diagnostic et le traitement de la morbidité psychiatrique après un désastre. Un registre de tous les patients se présentant aux services spécialisés de psychiatrie a démontré que, chez plusieurs patients, les symptômes physiques étaient la plainte majeure et la raison de chercher de l'assistance. Cela était vrai pour 66% de ceux chez qui on a diagnostiqué l'ÉSPT. Les plus communs symptômes étaient les douleurs à la poitrine et la respiration écourtée ainsi que des douleurs musculaires. La majorité des patients avaient été mal diagnostiqués par leur médecin généraliste et traités incorrectement (McFarlane, 1986). Les patients de l'étude à laquelle se réfère l'auteur ont aussi rapporté que, à l'occasion, les travailleurs sociaux spécialement désignés étaient réticents à reconnaître la nature pathologique des désordres symptomatiques des patients (on essayait de leur faire croire que ça passerait, qu'il n'y avait rien d'anormal, etc.). L'auteur mentionne de plus que, chez le groupe de pompiers investigué antérieurement, seulement 5% de ceux qui étaient perturbés ont été diagnostiqués et traités convenablement, même s'ils ont été fréquemment en contact avec les services de santé.

Auteur

Perry, R.W. (1985). Social Psychology in Emergency Management, in *Comprehensive Emergency Management: Evacuating Threatened Populations*, Greenwich, Conn., JAI Press : 95-116.

Événement

Désastres (général).

Méthodes/outils

Article.

Résultats/faits saillants

Perry met en évidence trois comportements suivant un désastre. Le premier réfère au syndrome du désastre ou à la réaction de choc ; ce comportement ne dure que quelques heures et n'affecte qu'une partie négligeable de la population. Il est plus courant dans les désastres marqués par l'imprévisibilité et ceux où l'on constate un nombre important de décès et de blessures. Le deuxième concerne l'état de panique ; il est caractérisé par une fuite et un affolement général. On le constate plutôt rarement, sauf dans les cas où la vie est en danger et qu'il n'y a pas d'issue possible. Ce comportement correspond davantage à un mythe, tel que véhiculé [401] par exemple au cinéma. Le troisième comportement est la communauté thérapeutique ; il s'agit d'une dynamique ou d'un mouvement d'entraide ou de ralliement qui s'installe chez les individus de la communauté affectée et qui provoque le renforcement de celle-ci. Il s'agirait d'une situation de courte durée. Afin d'interpréter la relation entre les divers aspects d'un désastre, l'auteur propose un schéma sur 14 propositions.

Auteur

Rangell, L. (1976). Discussion of the Buffalo Creek Disaster : the Course of Psychic Trauma, *American Journal of Psychiatry*, 133 : 313-316.

Événement

Inondations à Buffalo Creek (1972).

Méthodes/outils

Discussion.

Résultats/faits saillants

Concernant l'évolution du traumatisme psychique, celui-ci n'a pas diminué lors de la deuxième phase (délocalisation), il a plutôt continué d'augmenter. Les gens connaissaient, semble-t-il, l'état du barrage qui a cédé et un autre élément ajoutant à l'irruption latente était de savoir que les propriétaires auraient pu et dû faire quelque chose. Le traumatisme, selon l'auteur, devient cumulatif à la suite de la prise de conscience de la destruction. Nous retenons aussi de ce texte que ceux qui sont profondément affectés ont une répercussion sur les autres au plan émotionnel, ce qui peut nous éclairer dans la conceptualisation (victimes).

Auteur

Richard, W. (1974). Crisis Intervention Services following Natural Disaster : the Pennsylvania Recovery Project, *Journal of Community Psychology*, 2 : 211-219.

Événement

Ouragan Agnès en Pennsylvanie.

Méthodes/outils

Chapitre de monographie.

Résultats/faits saillants

Ce texte montre que l'étendue et l'intensité du chagrin sont liées à l'importance accordée à ce qui a été perdu ou détruit. Il y a similarité des réponses normales à la suite d'un désastre naturel avec celles d'un choc émotif. Ces réponses se constatent à travers les diverses phases vécues [402] par les victimes, soit 1) la période initiale d'incrédulité, 2) la période de conscience graduelle (avec sentiments d'angoisse), 3) la période de protestation (colère exprimée en fonction des pertes subies), 4) la prise de conscience de l'étendue réelle des dommages (chagrin, désolation et affliction se manifestent et rendent certaines victimes incapables de s'adapter), 5) l'expression de la colère et de la culpabilité des victimes avec difficultés de rétablissement, 6) l'expression des sentiments éprouvés pouvant estomper le chagrin et conduire à une diminution graduelle au cours des semaines et des mois qui suivent. Chez les enfants, le chagrin n'est pas aussi clairement exprimé que chez les adultes.

Auteurs

Rubonis, V.A. et L. Bickman (1991). Psychological Impairment in the Wake of Disaster : the Disaster-psychopathology Relationship, *Psychological Bulletin*, 109 (3) : 384-399.

Événement

Désastres (général).

Méthodes/outils

- * Général.
- * Méta-analyse.

Résultats/faits saillants

Cette méta-analyse sur les effets des désastres sur les adultes a indiqué que de tels événements mènent à une augmentation modérée de la détresse psychologique et à des symptômes de psychopathologie chez les victimes de désastre. Les résultats provenant de l'analyse de 52 études ont indiqué que les désastres (naturels et de cause humaine) étaient associés à 17% d'augmentation de la prévalence de psychopathologie en comparaison avec des groupes contrôles ou des niveaux de psychopathologie pré-désastre. La dimension de l'effet variait en fonction de plusieurs facteurs incluant le type de psychopathologie, la méthodologie utilisée, les caractéristiques des victimes et des désastres eux-mêmes. Les auteurs ont aussi suggéré qu'une plus importante pathologie était associée à l'appartenance au sexe féminin, à un grand nombre de décès et de blessures et au type de désastre (naturel contre de cause humaine).

Auteur

Thomas, R.J. (1993). The Flood of '93, *Missouri Medecine*, 90 (9) : 567.

Événement

Inondations au Missouri (1993).

[403]

Méthodes/outils

Article.

Résultats/faits saillants

Selon l'auteur, l'économie de la communauté et les pratiques médicales sont affectées par les effets de l'inondation. Les praticiens ont noté plus de problèmes de santé liés aux traumatismes tels des blessures musculo-squelettiques, des épuisements et de la déshydratation. Des problèmes de santé chroniques peuvent apparaître au fil du temps. La contamination de l'eau peut produire des hépatites. L'infestation des maisons par la vermine et les moustiques peut aussi affecter la santé des gens.

Auteurs

Wood, J.M. et M.L. Cowan (1991). Crisis Intervention following Disasters : Are We Doing Enough ? (A Second Look), *The American Journal of Emergency Medicine*, 9 (6) : 598-602.

Événement

Désastres naturels.

Méthodes/outils

- * Général
- * Outils : Revue de littérature

Résultats/faits saillants

Les auteurs mettent en évidence l'augmentation du risque de morbidité entraînée par le stress, l'efficacité des interventions psychologiques de première ligne et le fait que la symptomatologie du SSPT engendre l'intensité et la durée des problèmes psychiatriques, d'où une augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins après un désastre majeur.

Fin du texte