

---

**ATELIER 16**

**Gestion de cas, multidisciplinarité et pratiques innovatrices**  
(Gérard DEMANGE)

---

**Communication 16.4****« Travail social et désastre »**

Danielle Maltais, Université du Québec à Chicoutimi

---

**Introduction**

Depuis les dix dernières années, la Chine, l'Indonésie, l'Inde, les États-Unis, l'Europe, le Canada et plusieurs autres pays, n'ont pas été épargnés par les désastres naturels ou technologiques. Des milliers de personnes dont des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées ainsi que des personnes vivant dans de petites et dans de grandes collectivités ont été exposés à des inondations, à des tempêtes de verglas, à des ouragans, à des feux de forêt ou à des glissements de terrain qui ont provoqué le désarroi des sinistrés et la mort de plusieurs personnes. Le centre de recherche sur l'épidémiologie des désastres (The Centre for Research on the Epidemiology of Disaster) a d'ailleurs rapporté, qu'entre 1994 et 2003, il y a eu annuellement, dans le monde, une moyenne de 307 désastres naturels et que 104 pays ont été affectés par ce type de catastrophe. En 2004, il y aurait eu un total de 360 désastres naturels dans 123 pays, dont le tsunami du 26 décembre, qui ont provoqué la mort de 241 400 personnes, qui ont affecté plus de 145 millions d'individus et qui ont causé des dommages matériels estimés à plus de 103 milliards de dollars américains.

Pendant la période de crise ou de perturbations sociales qui nécessite une intervention de plusieurs acteurs (État, instances gouvernementales, organismes publics, communautaires ou charitables, etc.), les intervenants sociaux sont appelés à intervenir auprès des victimes et de leurs proches dans divers endroits publics (centres de dépannage, écoles, églises, milieux de travail, etc.) ou privés (aux domiciles des victimes). Ils représentent aussi une source importante de soutien moral dans les mois et les années subséquentes. Appelés à intervenir sur plusieurs fronts à la fois, les intervenants sociaux effectuent généralement diverses tâches de soutien moral et technique qui permettent aux victimes d'exprimer leur peine et leurs angoisses et de développer des stratégies d'adaptation efficaces qui leur permettront de diminuer les risques de développer des problèmes de santé physique ou psychologique post-désastre. Certains intervenants auront à accompagner les survivants dans l'identification de cadavres, d'autres prendront en charge les centres de dépannage et d'hébergement temporaire. Tous auront à déployer leurs connaissances et leurs habiletés en relation d'aide et ils rencontreront des personnes en difficulté émotionnelle. Certaines personnes souffriront, dans les heures ou les

jours qui succéderont leur exposition à une catastrophe, de symptômes de stress post-traumatique, d'autres développeront ces symptômes beaucoup plus tard. Les tâches des intervenants sociaux en période de catastrophe et de post-catastrophe sont parfois complexes et font également appel aux habiletés de l'intervention en situation de crise. Les intervenants sociaux doivent aussi faire preuve d'ouverture d'esprit et de débrouillardise en allant au-devant des besoins des victimes et en étant disponibles à les rencontrer dans divers lieux de rassemblement.

Zakour (1996) considère que la profession d'intervenant social est historiquement associée à l'assistance des victimes en cas de désastre et que l'intervention et la recherche dans les domaines micro et macro social sur les conséquences et les impacts des catastrophes sont conformes à la mission du travail social. Pour leur part, Streeter et Murty (1996) considèrent que les intervenants sociaux ont toujours été historiquement impliqués dans le secours aux victimes lorsqu'un désastre se produit. Toutefois, la contribution des travailleurs sociaux dans ce domaine est généralement très peu reconnue (Zakour, 1996).

En cas de désastre, les intervenants sociaux peuvent, par exemple, être appelés à accompagner les policiers lors de l'évacuation des sinistrés, accueillir les victimes dans les centres d'hébergement collectifs, évaluer l'état de santé psychosociale des personnes évacuées de leur milieu de vie, coordonner les activités de soutien aux personnes présentant des difficultés d'adaptation, accompagner et soutenir les survivants lors de l'identification des corps, organiser et animer des séances de verbalisation (*débriefing*), rencontrer et reconforter les victimes et leurs proches dans divers lieux de rassemblement, assister les sinistrés dans leurs démarches auprès des autorités publiques ou faciliter la création de comités de soutien aux victimes et aux membres de leur famille. Ces intervenants sociaux peuvent aussi, dans leur rôle d'appui aux collectivités, aider la population et les autorités civiles ou municipales à mettre en place des programmes de relance de l'économie et de solidarité sociale. De façon préventive et afin de protéger la santé de la population, les intervenants sociaux peuvent aussi accompagner des citoyens dans leur lutte contre la pollution environnementale ou contre tout autre phénomène qui augmente les risques de catastrophes technologiques. De plus, tout le travail de coordination des centres de dépannage et d'hébergement temporaire pour les victimes de désastres est en conformité avec la mission des intervenants sociaux. Cette mission consiste à aider les personnes éprouvant des difficultés à surmonter une crise et à rendre les ressources de la communauté accessibles aux plus vulnérables et aux personnes vivant une ou des situations stressantes. La présente communication permet de faire le point sur le rôle et les responsabilités des intervenants sociaux dans le cadre de situations d'urgence ou de crise provoquées par un événement collectif traumatisant (inondations, tremblements de terre, attentats terroristes, guerres, écrasements d'avion, accidents ferroviaires ou maritimes, effondrement de bâtisses, etc.), ce que De Clercq (1999) qualifie de catastrophes macrosociales.

La première partie de cette communication fait le point sur les conséquences des catastrophes sur la santé des individus et de leur collectivité. La deuxième

partie traite de la mission des travailleurs sociaux dans un contexte de désastre tandis que la dernière partie propose, quant à elle, une réflexion sur le curriculum de formation des étudiants inscrits dans une école de formation en travail social en lien avec l'intervention en cas de catastrophe.

## **Conséquences des désastres sur la santé des individus et de leur communauté**

Plusieurs chercheurs et spécialistes de l'intervention en cas de sinistre abordent les désastres non seulement comme des événements uniques, mais comme une suite de phénomènes sociaux et psychologiques pouvant engendrer de multiples difficultés aux individus et à leur communauté (Erenen et Liebkind, 1993; Maltais, 2003; Robichaud, Maltais, Lalande, Simard et Moffat, 2001). Dans cet ordre d'idées, Murphy (1986) perçoit les désastres comme une série d'événements catastrophiques qui prolongent le processus de rétablissement en le rendant traumatique. Pour cet auteur, la période qualifiée de post-désastre peut durer entre un an et dix ans. Pendant ces années, une série d'événements traumatisants ou stressants peuvent se produire simultanément ou à la suite l'un de l'autre. Robichaud, Maltais, Lalande, Simard et Moffat (2001) ont d'ailleurs démontré, à partir de cette conception des désastres, que les victimes des inondations de juillet 1996 (Saguenay, Québec) ont été confrontées à plus de onze situations stressantes lors de la survenue de cette catastrophe et dans les deux années qui ont suivi ce désastre naturel. Ces situations sont celles : 1) de voir l'eau envahir sa maison; 2) d'être dans l'obligation d'évacuer son domicile sans emporter quoi que ce soit tout en espérant que sa demeure ne s'écroulera pas sous les eaux; 3) d'attendre des informations des autorités civiles concernant le retour dans la communauté; 4) de réaliser l'ampleur des dégâts et de constater que tous ses biens et ses souvenirs sont perdus; 5) de faire face à plusieurs changements de milieux de vie temporaires en attendant que la maison soit reconstruite ou décontaminée; 6) d'entreprendre une multitude de démarches auprès d'intervenants rémunérés ou auprès de bénévoles qui démontrent peu d'empathie; 7) d'attendre les réponses des compagnies d'assurance ou des autorités concernant les demandes d'aide; 8) d'entreprendre la reconstruction ou le nettoyage de sa demeure; 9) de devoir effectuer des prêts bancaires afin d'assumer le coût de la rénovation ou de la reconstruction de sa maison et pour se procurer des meubles et des biens de première nécessité; 10) de gérer les malaises et les deuils qui accompagnent la prise de conscience de l'ampleur des pertes subies et de l'endettement ainsi que de la nécessité de modifier ses habitudes de vie (abandon temporaire ou permanent d'activités récréatives ou sociales en raison de pertes d'énergie, de son temps ou de ses économies) ou de mettre en veilleuse de grands projets de vie comme la prise de la retraite; 11) finalement, s'adapter à une nouvelle demeure, à un nouveau quartier ainsi qu'à un nouvel environnement.

Pendant cette série d'événements stressants et dans les jours, mois ou années qui suivent un désastre, certains individus peuvent développer des problèmes de santé physique ou psychologique. En ce qui a trait à l'état de santé psychologique, le problème de santé le plus couramment documenté demeure la présence de symptômes de stress post-traumatiques (Maltais, Robichaud & Simard, 2001). Certains auteurs ont aussi noté l'augmentation de l'incidence des

symptômes dépressifs et somatiques, la présence de détresse émotionnelle et une hausse de l'anxiété (ApteKar, 1994; Baum, Fleming, Israel et O'Keefe, 1992 ; Benight et Harper, 1997 ; Bravo, Rubio-Stipec, Canino, Woodbury et Ribera; 1990 ; Ollendeck et Hoffman, 1982 ; Simpson-Housley et Deman, 1989 ; Tobin et Ollenburger, 1994). La présence de pensées dérangeantes et les troubles de mémoire sont aussi des problèmes de santé fréquemment rencontrés chez les sinistrés (Green, Lindy, Grace et Leonard, 1992). Les cas de dépression majeure ne sont pas rares chez les victimes de catastrophes naturelles ou technologiques tout comme les troubles de panique, les changements importants de l'humeur ainsi que les problèmes d'abus de médicaments, d'alcool et de drogues (Green, 1994). L'apparition de phobies, le sentiment de mort imminente, la présence de cauchemars répétitifs sont d'autres exemples de séquelles psychologiques dont peuvent être affectés certains sinistrés (Maltais, Robichaud et Simard, 2001).

Les désastres, comme d'autres situations intenses de stress, peuvent non seulement occasionner l'apparition de problèmes de santé psychologique, mais ils peuvent aussi affecter la santé physique des individus en perturbant le système immunitaire et les autres systèmes de l'organisme humain (circulatoire, digestif, respiratoire, squelettique, nerveux, tégumentaire et musculaire, etc.). Les désastres peuvent également augmenter les infections virales et bactériennes, provoquer des blessures et l'apparition de symptômes somatiques, et perturber l'organisation et la prestation des services de santé en modifiant les taux de mortalité et de morbidité hospitalière. À ce sujet, Hovanitz (1993), dans une recension des écrits sur les conséquences des désastres sur la santé physique des individus, souligne que les victimes de catastrophes naturelles rapportent plus de maladies de longue durée et un état de santé physique moins satisfaisant que les individus non exposés à ce genre de désastre, tandis que Flett et Kazantzis (2002) arrivent aux mêmes conclusions pour ce qui est des adultes exposés à un crime ou à un accident de la route.

Melick, Logue et Federick (1982) considèrent, qu'il demeure ardu, voire inapproprié, de considérer séparément les états de santé mentale et physique. La comorbidité est donc fréquente, et plusieurs chercheurs considèrent que les problèmes d'ordre psychologique peuvent être canalisés en plaintes somatiques et donner lieu à l'apparition de problèmes de santé divers comme l'hypertension, les ulcères duodénaux, etc. (Escobar, Canino, Rubio-Stipec et Bravo, 1992; Fairley, Langeluddecke et Tennant, 1986; Phifer, 1990). L'adoption de certaines stratégies d'adaptation comme l'évitement, un état de santé physique prédésastre précaire ainsi que certains facteurs personnels comme l'âge, le sexe ainsi que la présence d'antécédents familiaux peuvent aussi être associés à des symptômes physiques chez les victimes de désastres (Maltais, Robichaud et Simard, 2001). De plus, pendant la période de rétablissement, les victimes de désastres peuvent vivre des événements de vie (endettement, maladie d'un proche, etc.) qui peuvent avoir des impacts sur leur santé physique. Les mesures sociosanitaires qui prévalent dans les communautés peuvent également jouer un rôle important dans la prolifération de certains problèmes de santé comme les maladies infectieuses, les intoxications alimentaires, etc.

Les individus victimes de catastrophes peuvent aussi manifester des problèmes de fonctionnement dans leurs rôles sociaux et dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne (Canino et al., 1990 ; Yates, 1992). Le travail, les loisirs, les études et les activités de socialisation sont bien souvent modifiés ou tout simplement abandonnés parce que les efforts consentis pour restaurer le milieu de vie sont trop importants (Baum et al., 1992 ; Shannon, Lonigan, Finch Taylor, 1994). Les difficultés peuvent s'échelonner sur de très longues périodes et mettre en péril la santé psychologique et physique des sinistrés (Maltais, Robichaud et Simard, 2001).

Les problèmes de santé psychologique ou physique s'amenuiseraient au fil du temps (Melick, Logue et Frederick, 1982). Toutefois, cette baisse ne concernent pas tous les symptômes observés pour tous les groupes de victimes (Grace *et al.*, 1993; Green *et al.*, 1990). Quelques études observent une diminution de certains symptômes et une augmentation d'autres manifestations symptomatiques avec le passage du temps (Sales, Baum et Shore, 1984; Tierney et Baisden, 1979). Grace *et al.* (1993) suggèrent une période latente ou cyclique pour certaines problématiques (par exemple, état de stress post-traumatique, hostilité, alcoolisme) ainsi qu'une croissance et un déclin de la détresse à travers le processus de rétablissement. Une recrudescence saisonnière des symptômes psychologiques chez les individus ayant encouru de lourdes pertes personnelles et communautaires a également été observée à la suite de graves inondations (Phifer, Kaniasty et Norris, 1988) et à la suite d'un glissement de terrain ayant occasionné la mort de plus de 30 personnes (Maltais, Bouchard, Simard et Tremblay, 2003). Les cérémonies anniversaires réactiveraient aussi les souvenirs douloureux des victimes (Green *et al.*, 1990, Maltais *et al.*, 2003). La nature du désastre aurait un impact sur la diminution ou non des problèmes de santé physique ou psychologique avec le temps étant donné que les catastrophes technologiques occasionneraient généralement plus de troubles de santé à long terme que les désastres naturels (Aptekar, 1994; Baum et Davidson, 1986; Frederick, 1980 ; Melick *et al.*, 1982). Les victimes de désastres technologiques ne progresseraient pas de la même manière à travers les stades de chagrin que les autres types de victimes et elles demeureraient en état d'anticipation à propos de conséquences néfastes reliées à leur exposition à des doses importantes de radioactivité et de toxicité (Aptekar, 1994). Les désastres technologiques généreraient aussi des impressions de trahison de la part des victimes envers les autorités (Gleser, Green, & Winget, 1981). Cette situation pouvant produire des conflits, des récriminations et aliéner le sens de la communauté (Gleser *et al.*, 1981).

## **Rôles des intervenants sociaux lors de catastrophes**

Pour soulager le désespoir des victimes et prévenir l'apparition ou l'exacerbation de problèmes de santé chez les individus, les intervenants sociaux sont appelés à mettre en place un ensemble varié de services ou d'activités de soutien dans toutes les différentes phases d'un sinistre. À ce sujet, McFarlane (1995) identifie six grandes phases d'intervention lors de la survenue d'une catastrophe : la planification de l'événement (*planning*), la menace ou les avertissements (*threat*), l'impact (*impact*), le sauvetage et l'inventaire (*inventory and rescue*), la phase de secours (*remedy*) et la phase de rétablissement (*recovery*). Pendant ces différentes phases d'intervention, les interventions à mettre en place peuvent interpeller autant des groupes spécifiques

d'individus (sinistrés, non-sinistrés, familles avec jeunes enfants, écoliers, adolescents, personnes âgées, etc.) que des organisations et viser l'atteinte d'objectifs spécifiques comme prévenir l'abus de substances alcoolisées ou illégales ou la violence conjugale ou familiale, normaliser les réactions post-exposition, promouvoir l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces, etc. Dans le cas de catastrophes ou de crises macrosociales, Sundet et Mermelstein (1996) considèrent que les intervenants sociaux doivent faire reposer leurs actions sur les cinq objectifs spécifiques d'intervention suivants : 1) présenter une compréhension réaliste des événements et de la situation aux autorités locales et aux intervenants qui s'impliquent ou auront à s'impliquer dans le rétablissement des individus et de la communauté; 2) fournir du soutien émotionnel et de l'espoir aux leaders de la communauté en insistant sur leurs capacités à accomplir leurs responsabilités; 3) encourager chez les intervenants le partage des émotions, des frustrations et des déceptions; 4) guider les autorités et les leaders locaux dans leurs prises de décisions concernant les actions à entreprendre pour résorber les problèmes des victimes et ceux de la collectivité; 5) soutenir les organisations qui assurent les services de soutien aux sinistrés dans l'élaboration d'un plan d'intervention détaillé pour chacune des phases d'un désastre.

Dans toutes ces étapes d'intervention, l'aide qu'offrent les intervenants sociaux aux sinistrés et à leur collectivité est habituellement assurée dans divers lieux (comme, par exemple, dans les centres d'hébergement d'urgence, dans des lieux de rassemblement des sinistrés lors de rencontres d'information organisées par les autorités municipales ou par les responsables de la santé publique, dans les écoles, etc.) les obligeant à faire preuve d'une grande adaptation. Car, intervenir en cas de catastrophe modifie les rôles habituels de clinicien et met à l'épreuve les capacités d'empathie et d'écoute des intervenants sociaux (Allen, 1993; McFarlane, 1995; Myers, 1994; Tumelty, 1990).

Allen (1993) considère que quatre règles doivent être respectées par les intervenants sociaux œuvrant auprès de victimes de désastre. La première est de garder son calme, car les attitudes des intervenants modulent généralement les réactions et les réponses des victimes. La deuxième règle consiste à modifier ses attentes cliniques et ses modes d'intervention en étant flexible et original dans le développement et la prestation de services aux victimes, car toute personne exposée directement ou indirectement à un désastre peut devenir une candidate qui requiert une intervention psychosociale brève ou prolongée. La troisième règle est d'être proactif auprès des sinistrés, car les personnes traumatisées ne vont pas nécessairement se rendre dans les institutions ou les bureaux des travailleurs sociaux pour demander de l'aide et du soutien moral. La dernière règle est de se protéger, car les intervenants peuvent être fortement affectés pendant et après leur implication auprès de victimes de désastres (Maltais, Robichaud & Simard, 2001a).

La prise de contact avec les sinistrés oblige les intervenants sociaux à adopter des stratégies d'intervention proactives plutôt que réactives, car généralement les personnes affectées par l'exposition à un désastre ne vont pas d'elles-mêmes requérir de l'aide psychosociale (Allen, 1993; Myers, 1994). Les intervenants doivent donc être aptes à amorcer les conversations et les contacts avec les sinistrés et les rencontrer où ils se trouvent : dans les centres d'hébergement, dans leur domicile, dans les écoles ou dans les entreprises. De plus, les intervenants ont généralement à œuvrer dans des conditions difficiles :

environnement bruyant et chaotique, confusion, minimum d'encadrement, peu d'espaces privés et présence de beaucoup de personnes dans des espaces restreints, etc. Dans leurs échanges avec des sinistrés, les intervenants sociaux sont souvent interrompus par diverses requêtes, questions ou situations d'urgence. Le niveau de stress dans ce genre d'environnement est généralement très élevé.

Lors de l'application des mesures d'urgence, les intervenants sociaux doivent aussi être capables de travailler dans un contexte de collaboration interdisciplinaire et d'accepter de déployer autant d'activités pratiques (comme, par exemple, enregistrer les sinistrés, trouver des moyens de transport pour certaines personnes, soutenir des familles dans la recherche d'un nouveau logement, informer les victimes des modalités de recouvrement des pertes matérielles, etc.) que du soutien émotionnel. Dans certaines situations, l'intervenant devra non seulement soutenir émotionnellement les victimes, mais il devra aussi les protéger d'individus ou d'organisations qui veulent profiter du désarroi des personnes pour augmenter leur crédibilité ou leurs intérêts financiers. Myers (1994) subdivise les interventions psychosociales à mettre en place en fonction de deux grandes catégories : les activités microsociales et les activités macrosociales. La première catégorie inclut les interventions qui s'adressent à des individus spécifiques ou à des groupes restreints comme, par exemple, des rencontres individuelles avec des sinistrés à leur domicile ou dans tout autre lieu, des échanges téléphoniques, des interactions écrites avec des individus spécifiques ou avec un petit groupe d'individus. Ces interventions visent principalement à identifier et à établir des contacts avec les victimes, à évaluer leurs problèmes, leurs difficultés et leurs besoins, à identifier des stratégies d'adaptation efficaces ainsi qu'à faciliter les liens entre les sinistrés et ceux qui prodiguent de l'aide aux victimes d'événements catastrophiques. Pour leur part, les activités macrosociales s'adressent à la population en général, à des organisations ou à des communautés locales. Les programmes d'éducation et de sensibilisation du public, de défense des droits des sinistrés et de soutien à la reconstruction des liens sociaux entre les citoyens sont des exemples d'activités macrosociales qui sont généralement mises en place avant pendant et après un désastre. Ces activités visent principalement à soutenir les communautés pour faire face aux problèmes politiques, économiques ou sociaux engendrés par la catastrophe et à rétablir les réseaux de soutien existants. Drumm, Pittman et Perry (2003), dans un article traitant du rôle des travailleurs sociaux dans des camps de réfugiés, proposent plutôt dans leur modèle écologique de développement humain la mise en place d'intervention dans quatre systèmes : micro, méso, exo et macro. Le premier système fait référence à la santé et au fonctionnement social des individus dans la poursuite de ses activités de la vie quotidienne tandis que le second niveau considère les interactions qu'ont les individus avec les autres acteurs de leur environnement (famille, amis, voisins, intervenants, organismes avec lesquels les individus sont en lien). Pour sa part, l'exosystème inclut les institutions et les politiques qui exercent une influence directe ou indirecte sur la qualité de vie des individus sans entretenir des liens directs avec ces derniers. Enfin, le macrosystème inclut les éléments culturels (valeurs, traditions, croyances, etc.) qui ont une influence sur tous les autres systèmes. Dans chacun de ces systèmes, Drumm, Pittman et Perry (2003) proposent des actions qui peuvent être mises en place par les intervenants sociaux pour améliorer la qualité de vie des victimes de relocalisation involontaire, des victimes de guerres ou de massacres.

Pour sa part, McFarlane (1995) considère que les interventions à mettre en place varient en fonction de la nature et de la gravité du désastre. Par exemple, lors d'un écrasement d'avion, d'un accident ferroviaire ou d'un désastre maritime, les survivants et les endeuillés peuvent demeurer dans diverses localités. Il ne sera pas alors requis de centraliser l'offre de services psychosociaux à un seul endroit, car il sera impossible d'intervenir à long terme avec les personnes souffrant de désordres émotionnels. Dans le cas de catastrophes causant des dommages importants dans un espace géographiquement limité comme peuvent le faire les tornades, les feux de forêts ou les inondations, les besoins de soutien psychosocial peuvent être immédiats ou ne se faire sentir que lorsque la période de nettoyage et de reconstruction est complétée. La flexibilité et l'innovation dans les approches d'intervention et dans le développement des activités préventives et curatives sont donc requises étant donné que les personnes et les communautés sont confrontées simultanément à un ensemble varié de problèmes et de défis à relever (comme, par exemple, se loger, se nourrir, faire face à des deuils de personnes significatives comme un conjoint, un enfant ou des membres de la famille élargie, la destruction de propriétés et de biens, la perte temporaire d'emploi, la perte du sentiment de sécurité, etc.).

Non seulement les besoins des victimes et le rôle des intervenants sociaux varient selon la nature des catastrophes, mais ils varient également en fonction des phases d'intervention en situation de désastre (Gibson, 1997; Myers, 1994). C'est ainsi que, *pendant la phase de planification*, il est important que le rôle des intervenants sociaux soit clairement établi dans les plans de mesures d'urgence. De plus, ces intervenants doivent être en tout temps aptes à intervenir en situation de crise ou d'urgence. Il est alors important, quand des occasions de formation se présentent, d'y participer. Les intervenants sociaux adéquatement formés peuvent aussi, dans cette période de planification, jouer un rôle d'éducation et de formation auprès du public ainsi qu'auprès des acteurs rémunérés et bénévoles qui seront appelés à intervenir lors de l'application des mesures d'urgence. Lors de cette phase de planification, les intervenants sociaux peuvent aussi fournir des informations à leurs partenaires (autres intervenants comme infirmières, médecins, employés rémunérés ou bénévoles d'organismes communautaires, etc.) sur les facteurs personnels, contextuels et sociaux qui fragilisent les individus exposés à un événement traumatisant ou à une catastrophe naturelle ou technologique et au développement de problèmes de santé post-exposition. La conception de dépliants sur les façons de se protéger en cas de catastrophes et sur les réactions qui se produisent généralement lors de l'exposition à un événement anormal (normalisation des réactions) peut aussi être sous la responsabilité d'intervenants sociaux. Lors de la planification des mesures d'urgence en cas de catastrophe, il est aussi suggéré d'identifier les personnes vulnérables qui courent des risques en cas de désastre et de dresser un registre des garderies, des résidences privées pour personnes âgées ainsi que celui de tout autre endroit offrant des soins spécialisés à des personnes présentant des caractéristiques particulières comme des personnes en phase terminale, des convalescents, des personnes nécessitant de la supervision ou de la surveillance constante, etc.

Pendant *la phase de la menace*, qui peut être inexistante, de très courte durée ou s'étendre sur plusieurs heures ou quelques jours, les intervenants sociaux, de concert avec les autorités publiques, peuvent intervenir dans les médias pour

informer la population des risques et discuter des facteurs qui font que certains individus ont tendance à minimiser ces risques. Les intervenants sociaux peuvent aussi, lorsque des mesures d'évacuation préventive sont en vigueur, accompagner les autorités publiques pour intervenir auprès des personnes qui sont réticentes à quitter leur domicile soit parce qu'elles sont attachées à leur demeure, à leur environnement ou à un animal domestique, soit parce qu'elles craignent d'être victimes de vol ou de vandalisme ou qu'elles sous-évaluent la gravité de la situation (Lafond, 1987). Lorsque la période de menace s'étend sur une période assez longue (quelques jours), il pourrait aussi être souhaitable de communiquer avec les personnes en perte d'autonomie ou celles présentant d'autres facteurs de risque de développement de problèmes de santé biopsychosociale post-désastre afin de s'assurer qu'elles sont conscientes des risques, qu'elles connaissent les endroits où elles pourront se réfugier et compter sur de l'aide en cas de besoin.

*Lors des phases d'impact et de sauvetage*, le rôle des intervenants sociaux s'intensifie malgré le fait que l'établissement de services de base que sont l'hébergement, l'alimentation et la distribution de l'eau potable prime. Dans ces phases d'intervention, les acteurs psychosociaux doivent être proactifs. Ces derniers ne doivent pas attendre que les victimes se présentent à leur bureau, ils doivent plutôt être présents dans tous les lieux où l'on peut retrouver des sinistrés. Si des victimes ne demeurent pas en centre d'hébergement collectif, il est suggéré de visiter les familles dans les endroits où elles se trouvent.

Dans les centres d'hébergement, les intervenants sociaux, en collaboration avec d'autres intervenants rémunérés ou bénévoles, ont la responsabilité d'accueillir les victimes qui n'ont pas trouvé de refuge chez des membres de leur famille ou chez des personnes significatives. Les intervenants psychosociaux doivent alors apporter une attention particulière aux individus présentant des manifestations de détresse émotionnelle et aux enfants non accompagnés de leurs parents et s'assurer que tous les membres d'une même famille sont réunis au même endroit. Dans le cas de catastrophes ayant occasionné la mort de personnes et où l'identification de cadavres est nécessaire, les intervenants sociaux auront à accompagner les survivants dans cette délicate tâche. McFarlane (1995) considère qu'il faut encourager les endeuillés à voir le corps des personnes décédées, car cela facilite le processus du deuil.

Dans les lieux publics réunissant les sinistrés, les intervenants sociaux doivent être à l'écoute des doléances des sinistrés et identifier les individus présentant les facteurs de risque au développement de problèmes de santé post-désastre. Ces intervenants ont aussi la responsabilité d'apporter des informations aux victimes sur le déroulement de l'événement traumatique, sur ce qui se passe au moment présent et sur ce qui est à venir tant au plan des réactions individuelles que collectives. D'ailleurs, Pennewaert (1999) considère que, dans les premiers moments de la survenue d'une catastrophe, le besoin d'information supplante largement le besoin de soutien psychologique. Les sinistrés ont aussi besoin d'être protégés des médias qui sont parfois très envahissants et ils doivent être rapidement informés des fausses rumeurs. En centres d'hébergement collectif,

une des tâches souvent dévolue aux intervenants sociaux demeure l'organisation de séances de verbalisation pour les sinistrés et les intervenants. Ces séances permettent aux individus exposés à un événement anormal ou traumatisant d'échanger sur leur vécu et de ventiler leurs émotions : compréhension de l'événement, des réactions et sentiments face à l'événement, etc. Si les intervenants sont appelés à soutenir les victimes sur une longue période, plusieurs séances de débriefing peuvent être offertes. Lors des rencontres de groupe avec les sinistrés et les secouristes, les intervenants sociaux doivent dépister les personnes vulnérables et les inviter à participer à des rencontres individuelles de suivi. Pennewaert (1999) soutient que ces rencontres individuelles permettent de travailler sur les aspects suivants : restauration des sentiments de sécurité, de confiance et d'identité, diminution des conduites d'évitement et des manifestations anxieuses, gestion émotionnelle, vécu et perception pendant les faits et la recherche de sens.

Dans les centres d'hébergement, les intervenants sociaux peuvent aussi être confrontés à des problèmes comportementaux de certains individus comme, par exemple, agressivité, consommation de matières illicites, violence conjugale ou familiale, négligence parentale, comportements sexuels inadéquats, manifestations de pensées suicidaires ou malpropreté. De plus, la juxtaposition de personnes provenant de divers milieux socio-économiques peut engendrer des conflits interpersonnels entre sinistrés. La gestion et la supervision de personnes présentant des problèmes de santé mentale pré-désastre demeure aussi une probabilité que peuvent rencontrer les intervenants sociaux. Toutes ces situations exigent que des interventions spécifiques d'encadrement et de surveillance soient mises en place, tout comme l'instauration de règles de fonctionnement.

Dans *les phases de rétablissement à court, à moyen ou à long terme* (les deux dernières phases de McFarlane, 1995 : les phases de secours et de rétablissement), l'implication des intervenants sociaux se prolonge lorsque les victimes ont quitté les centres d'hébergement et ont commencé les activités de nettoyage et de reconstruction de leur domicile tout en vaquant à leurs occupations quotidiennes. Lors des travaux de nettoyage et de restauration du domicile, Myers (1994) suggère que le soutien émotionnel des victimes soit offert lors de la réalisation de tâches concrètes. Les intervenants sociaux peuvent, par exemple, utiliser leurs techniques d'intervention d'écoute active tout en aidant les sinistrés à compléter leurs demandes d'indemnités. Lors de la phase de rétablissement à court terme, les intervenants sociaux doivent s'assurer que les personnes présentant des manifestations de détresse psychologique soient rencontrées et soutenues émotionnellement. Des contacts fréquents avec les sinistrés sont de mise. Des visites à domicile doivent idéalement avoir lieu chez toutes les victimes, et tout particulièrement chez les personnes les plus fragiles ou chez celles qui ne sont soutenues par aucun membre de leur entourage.

Lors de cette phase de rétablissement, les intervenants sociaux peuvent être interpellés par les sinistrés pour les aider à remplir leurs formulaires

d'indemnisation, pour recenser leurs pertes ou pour identifier les ressources communautaires et charitables pouvant leur apporter de l'aide matérielle, technique ou financière. Les intervenants sociaux peuvent aussi répondre à des demandes concernant la recherche de moyens de transport ou de ressources spécifiques comme une agence de garde, un logement temporaire ou permanent ou être rencontrés par les victimes pour les aider à se regrouper en comité d'aide et de soutien aux sinistrés. Myers (1994) considère que, pour les sinistrés ayant peu de ressources sociales, les groupes d'entraide demeurent très aidants.

Les intervenants sociaux peuvent aussi jouer le rôle de défenseur des droits des sinistrés auprès des autorités municipales ou gouvernementales et auprès des compagnies d'assurance. Les intervenants sociaux doivent également protéger les sinistrés contre toute forme d'abus ou de négligence. McFarlane (1995) estime que cette première période de rétablissement peut durer entre trois et neuf mois. À l'intérieur de cette période, des interventions préventives et curatives doivent avoir lieu dans les écoles, dans les milieux de travail et dans les lieux de rassemblement des sinistrés. En ce qui a trait à la vie communautaire, les intervenants sociaux peuvent prendre part à l'organisation d'activités sociales qui permettent aux citoyens de reprendre contacts entre eux, de maintenir les liens qui les unissent ainsi que de soutenir les réseaux sociaux qui ont été perturbés par le désastre. Les intervenants sociaux peuvent aussi s'impliquer dans les comités de relance économique des communautés en s'impliquant dans leurs diverses actions et représentations auprès des autorités gouvernementales.

Dans la deuxième étape de rétablissement des victimes (rétablissement à moyen ou long terme), les intervenants sociaux auront à rencontrer les individus qui présentent des séquelles à long terme de leur exposition à un traumatisme collectif. Des suivis individuels seront alors requis, entre autres pour les personnes présentant des manifestations de l'état de stress post-traumatique ou de détresse psychologique. À ce sujet, Norris, Friedman et Watson (2002) considèrent que l'approche cognitivo-comportementale a démontré son efficacité dans le cadre de plusieurs recherches empiriques. Des visites à domicile et l'utilisation de groupes d'entraide peuvent aussi être requises. Du soutien aux personnes endeuillées peut aussi être nécessaire en fonction de la nature et de la gravité du désastre. Myers (1994) considère qu'il est important d'être attentif à la manifestation de symptômes de détresse émotionnelle de certaines victimes lors du premier anniversaire de la survenue d'une catastrophe. Des activités de sensibilisation offertes à la population en général sur les réactions qui peuvent se produire après plus d'une année chez les victimes de désastres et l'organisation de cérémonies communautaires de remémoration de l'événement sont donc souvent requises.

## **Réflexion sur le curriculum de formation des étudiants en travail social**

En général, au Québec, la formation universitaire de premier cycle qui est offerte aux étudiants inscrits dans un baccalauréat en travail social permet l'acquisition de connaissances de base en intervention individuelle, familiale, de groupe et en intervention collective. Certaines institutions offrent également un cours

d'introduction sur l'intervention en intervention de crise. Toutefois, le contenu de ce dernier cours est, en général, exclusivement centré sur les fondements théoriques et pratiques de l'intervention de crise dans des contextes microsociaux c'est-à-dire lorsque un seul individu est affecté par une situation stressante. A notre avis, la formation offerte aux étudiants inscrits dans un baccalauréat en travail social ne prépare pas suffisamment les futurs intervenants sociaux à faire face à d'éventuelles catastrophes macrosociales où un nombre élevé de personnes sont simultanément en crise ou désorganisés soit à la suite d'une fermeture d'usine, d'une inondation, d'un suicide ou d'attentats dans des écoles d'enseignement. L'introduction des connaissances de base en situation d'urgence macrosociale permettrait aux étudiants de concevoir les catastrophes non seulement comme des événements physiques mais aussi comme des situations pouvant provoquer un ensemble varié de problèmes individuels, collectifs et sociaux. Mieux connaître les impacts des événements traumatisants, permettrait également aux étudiants d'être mieux outillés pour normaliser les réactions des victimes lorsque ces derniers sont dans un contexte anormal de perturbations sociales. Les fondements théoriques et pratiques de l'intervention psychosociale lors de l'application des mesures d'urgence devraient donc, à notre avis, être enseignés étant donné que les travailleurs sociaux sont rapidement interpellés par les autorités publiques lorsque ces mesures sont en vigueur.

Dans le cadre de leur formation, les étudiants reçoivent également très peu d'informations en santé mentale et le manuel de base pour diagnostiquer la présence ou non de problèmes de santé mentale dont les manifestations de stress post-traumatique, le DSM-IV (American Psychiatry Association, 1996), est rarement utilisé par les professeurs et les étudiants. L'utilisation de ce manuel permettrait entre autres aux futurs intervenants sociaux d'être plus attentifs aux manifestations de détresse émotionnelle des individus qu'ils rencontrent lors de leurs consultations individuelles ou lors de leurs interventions dans des endroits publics comme par exemple les centres d'hébergement temporaire. D'ailleurs, selon Myers (1994), la formation traditionnelle des professionnels intervenant en santé mentale ne les prépare pas suffisamment à intervenir en cas de désastres macrosociaux, car ce type de situation oblige les intervenants à adopter de nouvelles méthodes et de nouvelles procédures d'intervention dont celles d'être proactifs et d'intervenir dans des lieux publics où peuvent être réunis un bon nombre d'individus.

Les écoles offrant une formation en travail social pourraient également offrir, conjointement avec la Croix-Rouge, des formations sur l'intervention en situation d'urgence soit dans le cadre de cours crédités ou dans le cadre d'activités parascolaires. Des ententes avec ce même organisme pourraient également permettre le parrainage de professeurs et d'étudiants avec des employés ou des bénévoles appelés à intervenir lors d'incendies, d'inondations ou de tout autre événement impliquant la participation du personnel de la Croix-Rouge dans le soutien à des individus ou à des groupes en détresse. Ces professeurs et étudiants pourraient partager leurs expériences dans des séminaires de discussions ou dans des cours abordant l'intervention en situation de crise. Des programmes d'éducation permanente ou des programmes de deuxième cycle devraient également être offerts afin de mieux former les intervenants sociaux à

faire face aux catastrophes macrosociales.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Allen, R.D. (1993). « Organizing Mental Health Services Following a Disaster : A Community Systems Perspective », in R.D. Allen (Ed.), *Handbook of Post Disaster Interventions*, CA, Select Press, p. 179-189.

American Psychiatry Association (1996). *DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.

Aptekar, L. (1994). The psychology of disaster victims. Dans Aptekar, L. (Ed.) *Environmental disasters in global perspectives* (p. 79-126). New York: G.K. Hall et Co.

Baum, A. et L. Davidson (1985). « Suggested Framework for Studying Factors that Contribute to Trauma in Disaster », in B. Sower (Ed.). *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*. Washington, DC, U.S. Government Printing Office, p. 29-40.

Baum, A, Fleming, I., Israel, A. et O'Keefe, M. K. (1992). Symptoms of chronic stress following a natural disaster and recovery of a man-made hazard. *Environment and Behavior*, 24(3), 347-367.

Benight C. C. et Harper, M. L. (1997). *Buffalo creek fire and flood report*, Quick Response Report no. 96. Boulder: Natural Hazards Center.

Bravo, M., Rubio-Stipec, M., Canino, G. J., Woodbury, M. A. et Ribera, J. C. (1990). The psychological sequale of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *American Journal of Community Psychology*, 18, 661-680.

Canino, G., Bravo, M., Rubio-Stipec, M. et Woobury, M. (1990). The impact of disaster on mental health : Prospective and restrospective analyses. *International Journal of Mental Health*, 19(1), 51-69.

De Clerq, M. (1999). « Les répercussions psychiatriques et psycho-sociales des catastrophes et traumas graves », *Médecine de catastrophe-Urgences collectives*, vol. 2, p. 73-78.

Drumm, R.A., S.W. Pittmam et S. Perry (2003). « Social Work Interventions in Refugee Camps : An Ecosystems Approach », *Journal of Social service Research*, vol. 30, n° 2, p. 67-92.

Eranen, L. et K. Liebkind (1993). « Coping with Disaster, the Helping Behavior of Communities and Individuals », in J.P. Wilson et B. Raphael (Eds), New York, Plenum Press, p. 957-964.

Escobar, J.I., G.J. Canino, M. Rubio-Stipec et M. Bravo (1992). « Somatic Symptoms after a Natural Disaster : A Prospective Study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, p. 965-967.

Fairley, M., P. Langeluddecke et C. Tennant (1986). « Psychological and Physical Morbidity in the Aftermath of a Cyclone », *Psychological Medicine*, vol. 16, p. 671-676

Flett, R.A. et N. Kazantzis (2002). « Traumatic Events and Physical Health in a New Zealand Community Sample », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, n° 4, p. 303-312.

Frederick, C. (1980). « Effects of Natural versus Human Induced Violence upon Victims », *Evaluation and Change* (special issue), p. 71-75.

Gibson, M. (1997). « Social Work in Disasters », in D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks et G. Mezey (Eds). *Psychological Trauma. A Developmental Approach*, London, The Royal College of Psychiatrists, p. 309-314.

Gleser, G., B.L. Green et C. Winget (1981). *Prolonged Psychosocial Effects of Disaster : A Study of Buffalo Creek*, New York, Academic Press.

Grace, M.C., B.L. Green, J.D. Lindy et A.C. Leonard (1993). « The Buffalo Creek Disaster : A 14-year Follow-up », in J.P. Wilson et B. Raphael (Eds), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York, Plenum Press.

Green, B. L. (1994). Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. Dans F. Liehmac et C. Nadelson (Éd.), *International Review of Psychiatry*, 11, Washington, DC: American Psychiatric Press.

Green, B.L., J.D. Lindy, M.C. Grace, G.C. Gleser, B.A. Leonard, M. Korol et M.A.

Winget (1990). « Buffalo Creek Survivors in the Second Decade : Stability of Stress Symptoms », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60, n° 1, p. 43-54.

Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C. et Leonard, A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(12), 760-766.

Hovanitz, C.A. (1993). « Physical Health Risks Associated with Aftermath of Disaster : Basic Paths of Influence and their Implications for Preventive Intervention », in R. Allen (Ed.), *Handbook of Post-disaster Interventions, Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 8, n° 5, p. 213-254.

Lafond, R. (1987). « Planification d'urgence pour les personnes âgées », *Revue de la Protection Civile*, vol. 14, n° 3, p. 15-21.

Maltais, D. (2003). *Catastrophes en milieu rural*, Chicoutimi, Éditions JCL, coll. Au cœur des catastrophes.

Maltais, D., I. Bouchard, N. Simard et S. Tremblay (2003). « La tragédie de Saint-Jean-Vianney : mémoire collective d'un douloureux sinistre », dans J. Dufour et al. (dir.), *Le GRIR : 20 ans de recherche et d'intervention pour le développement local et régional*, Saguenay, GRIR-UQAC, p. 299-336.

Maltais, D., S. Robichaud et A. Simard (2001). *Désastres et sinistrés*, Chicoutimi, Éditions JCL, coll. Au cœur des catastrophes.

Maltais, D., S. Robichaud et A. Simard (2001a). *Sinistrés et Intervenants*, Chicoutimi, Éditions JCL, coll. Au cœur des catastrophes.

McFarlane, A.C. (1995). « Helping the Victims of Disasters », in J.R. Freedy et S.E. Hofoll (Eds), *Traumatic Stress : From Theory to Practice*, New York, Plenum Press, p. 287-314.

Melick, M.E., J.N. Logue et C.J. Frederick (1982). « Stress and Disaster », in L. Goldberger et S. Breznitz (Eds), *Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects*, New York, The Free Press, p. 613-629.

Murphy, S.A. (1986). « Perceptions of Stress, Coping and Recovery One and Three Years after a Natural Disaster », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 8, p. 67-77.

Myers, D. (1994). *Disaster Response and Recovery*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Central for Mental Health Services.

Norris, F.H., M.J. Friedman et P.J. Watson (2002). « 60,000 Disaster Victims Speak : Part II. Summary and Implications of the Disaster mental Health Research », *Psychiatry*, vol. 65, n° 3, p. 240-260.

Ollendick, G. et Hoffman, M. (1982). Assessment of psychological reactions in disaster victims. *Journal of Community Psychology*, 10, 157-167.

Sales, E., M. Baum et B. Shore (1984). « Victim Readjustment following Assault », *Journal of Social Issues*, vol. 40, p. 117-136.

Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch, A. J. et Taylor, C. M. (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.

Simpson-Housley, P. et DeMan, A. (1989). Flood experience and posttraumatic trait anxiety in Appalachia. *Psychological Report*, 64, 896-898.

Pennewaert, D. (1999). « Prévention et traitement des états de stress post-traumatique : modèle d'intervention du Centre de traitement des traumatismes », *Médecine de catastrophe-Urgences collectives*, vol. 2, p. 171-175.

Phifer, J.F., K.Z. Kaniasty et F.H. Norris (1988). « The Impact of Natural Disaster on the Health of Older Adults : A Multiwave Prospective Study », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 29, p. 65-78.

Phifer, J.F. (1990). « Psychological Distress and Somatic Symptoms after Natural Disaster : Differential Vulnerability among Older Adults », *Psychology of Aging*, vol. 5, p. 412-420.

Robichaud, S., D. Maltais, G. Lalande, A. Simard et G. Moffat (2001). « Les inondations de juillet 1996 : une série d'événements stressants », *Service social*, vol. 48, p. 16-33.

Streeter et S.A. Murty, Eds. (1996). *Research on Social Work and Disasters*, New York, The Haworth Press,

Sundet, P. et J. Mermelstein (1996). « Predictors of Rural Community Survival after Natural Disaster : Implications for Social Work Practice », *Research on Social Work and Disaster*, vol. 22, n° 1/2, p. 57-70.

Tierney, K. J. et B. Baisden (1979). *Crisis Intervention Programs for Disaster Victims : A Source-book and Manual for Smaller Communities*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office.

Tobin, G. A. et Ollenburger, J. C. (1996). Predicting levels of postdisaster stress on adults following the 1993 floods in the Upper West. *Environment and Behavior*, 28(3), 340-357.

Tumelty, D. (1990). *Social Work in the Wake of Disaster*, London, Jessica Kingsley Publishers.

Yates, S. (1992). Lay attribution about distress after a natural disaster. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(2), 217-222.

Zakour, M.J. (1996). « Disaster Research in Social Work », in C.L. Streeter et S.A. Murty (Eds), *Research on Social Work and Disasters*, New York, The Haworth Press, p. 7-27.

