

La dimension psychosociale des interventions en situation d'urgence dans les services sociaux et de santé

Marie-Claire Laurendeau, Ph. D.¹
Institut national de santé publique du Québec

Lucie Labarre, M.A.²
Ghyslaine Senécal, M.B.A.³
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Avril 2007

¹ Marie-Claire Laurendeau est coordonnatrice à la recherche et à l'innovation à l'Institut national de santé publique du Québec

² Lucie Labarre est coordonnatrice régionale pour le volet psychosocial en mesures d'urgence à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

³ Ghyslaine Senécal est coordonnatrice des mesures d'urgence et de sécurité civile, Mission-santé, à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Résumé

Les désastres survenus un peu partout dans le monde ont fait croître l'intérêt porté aux interventions psychosociales en situation d'urgence. Les impacts psychologiques des désastres et l'importance de la composante psychosociale dans les plans de réponse en situation d'urgence sont souvent sous-estimés. Cet article met en lumière le caractère essentiel des dimensions psychosociales dans un plan global de réponse aux situations d'urgence. Il décrit et analyse les impacts psychologiques des désastres, discute des interventions à mettre en œuvre aux différentes phases du déroulement des événements, et dégage des perspectives en matière d'intervention psychosociale. À titre illustratif, il présente aussi le portrait de l'organisation des services sociosanitaires mis en place dans le cadre des mesures d'urgence en sécurité civile au Québec.

Introduction

Les désastres majeurs survenus un peu partout dans le monde au cours des dernières décennies ont fait croître l'intérêt porté aux interventions psychosociales d'urgence (1,2). Les impacts psychologiques des catastrophes sont généralement sous-estimés (3,4) même s'ils sont souvent beaucoup plus importants que les impacts physiques (5). La planification du volet psychosocial dans les plans de réponse globaux en situation d'urgence est par conséquent inégale, et parfois même insuffisante (3). Pour pallier cette lacune, plusieurs instances gouvernementales et sociosanitaires, telles que le NIMH et le CDC aux États-Unis, ou l'Organisation de sécurité civile du Québec, incorporent désormais un volet psychosocial dans leur plan global d'urgence (6,7).

Les impacts psychosociaux des désastres

On définit les désastres comme des situations dont l'impact peut submerger, de façon plus ou moins intense et prolongée selon les circonstances, les capacités d'adaptation des populations et des groupes touchés (8). Il y a deux grands types de désastres (4) : les désastres naturels (ex. : inondations) et les désastres rattachés à l'activité humaine, qu'ils soient intentionnels (ex. : tueries) ou accidentels (ex. : déversement de produits toxiques).

Les désastres peuvent avoir un impact psychosocial important, car ils sont accompagnés de pertes substantielles pour les victimes : êtres chers, intégrité physique, biens matériels, milieu d'appartenance, sentiments de confiance et de sécurité, etc. (8). Les désastres naturels ont généralement un début et une fin, ce qui facilite le processus de récupération psychologique. Les désastres liés à l'activité humaine, surtout ceux à caractère intentionnel, sont quant à eux plus perturbateurs (4), car ils génèrent des sentiments de menace psychologique et d'incertitude quant aux risques associés. Dans ces conditions, il n'est pas rare de voir s'installer des réactions de stress et de démoralisation à plus long terme (9). Bien que le génocide ne soit pas englobé dans cet article parmi les désastres rattachés à l'activité humaine, des références à ce sujet ont été incluses pour les lecteurs intéressés (10, 11).

Les désastres font aussi plusieurs catégories de victimes (8). D'abord, les victimes primaires, celles qui sont directement et personnellement affectées. Ensuite, les témoins des désastres et de leurs effets traumatiques, dont les intervenants en situation d'urgence. Enfin, toutes les personnes exposées indirectement aux victimes elles-mêmes, ou à la scène et aux impacts du désastre par le biais des médias (ex. : proches, grand public).

Une association forte a été constatée entre le degré d'exposition médiatique aux désastres et le niveau d'anxiété chez des personnes n'ayant pas été exposées directement et pour qui ces désastres ne représentaient même pas une menace immédiate (4, 12, 13, 14, 15). Les images visuelles constituent l'un des canaux les plus puissants pour influencer les perceptions et les réactions émotionnelles de la population, leur impact s'avérant encore plus néfaste chez certains sous-groupes, dont les enfants (14,15). C'est pourquoi il est déconseillé d'exposer de façon excessive ou répétée les personnes plus vulnérables aux reportages médiatiques (13).

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) reconnaît désormais qu'une exposition indirecte à des événements traumatiques peut déclencher l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), défini comme une réponse prolongée de stress accompagnée d'un dysfonctionnement et d'une détérioration des fonctions adaptatives.

Une étude, menée deux ans après l'incident terroriste d'Oklahoma City, a révélé la présence de symptômes caractérisés de TSPT chez la grande majorité (87 %) d'un groupe d'enfants de sixième année provenant d'une autre ville, exposés de façon indirecte (ex. : ami-e connaissant une personne tuée ou blessée, médias) à la catastrophe (15). De plus, 19 % d'entre eux ont rapporté des difficultés de fonctionnement à l'école et à la maison. Dans le cas des médias, les symptômes rapportés se sont avérés proportionnels au degré d'exposition.

Une enquête épidémiologique rigoureuse menée deux mois après les événements du 11 septembre 2001 aux États-Unis, a confirmé l'association entre l'exposition directe et indirecte (via la télévision) aux événements, et la prévalence de symptômes cliniques de TSPT et de détresse psychologique (12). Dans le cas de l'exposition directe, la proximité géographique des lieux du désastre s'est avérée significativement liée à la prévalence des symptômes de TSPT dans la région new-yorkaise (11 %), comparativement au reste du pays (4 %). Dans celui de l'exposition indirecte, les symptômes sont apparus significativement associés au nombre d'heures passées à regarder la télévision, et au contenu graphique des scènes visionnées. Une augmentation importante de l'anxiété a aussi été démontrée chez des adultes, et notamment, des femmes, exposés à des bulletins télévisés relatant des activités terroristes (14).

Les réactions modérées et transitoires de stress sont de loin les plus fréquentes. Certaines personnes peuvent présenter des réactions plus intenses qui ne se transforment généralement pas en problèmes chroniques. Environ 9 % des personnes exposées à un désastre, directement ou indirectement, développent éventuellement un TSPT (8, 16). Certains groupes sont naturellement plus vulnérables, comme les enfants et les personnes âgées, ou encore, les intervenants en situation d'urgence, en raison de l'intensité et de la durée de leur exposition aux victimes directes. D'où l'importance du soutien à l'endroit des intervenants, dont les activités de formation et de supervision clinique. (7, 9, 17)

Les interventions psychosociales d'urgence

Les interventions psychosociales peuvent être offertes à des moments distincts dans le contexte d'un plan global de réponse en situation d'urgence. Au Québec, depuis le début des années 1990, le réseau de la santé et des services sociaux est très bien outillé pour mobiliser les intervenants ainsi que les partenaires concernés, dans le cadre de l'organisation des services en sécurité civile (voir encadré à la page 5).

La **phase de préparation** correspond aux dispositions prises dans le but de préparer une réponse adéquate aux divers sinistres pouvant survenir. Moins les organisations et les intervenants sont préparés pour faire face à un désastre, plus les impacts sont sévères (3). Les problèmes courants de leadership, de communication et de coopération rencontrés en situation d'urgence sont d'ailleurs habituellement liés à une planification insuffisante (3, 23, 24).

C'est pourquoi il est recommandé de se doter de plans de mesures d'urgence ou de protocoles identifiant les ressources requises et précisant les responsabilités de chacun en cas d'urgence. La formation préalable des intervenants appelés à effectuer des interventions psychosociales en situation d'urgence a aussi un impact direct sur leur capacité à s'acquitter de ces fonctions efficacement (23).

Modèle d'organisation des services sociosanitaires dans le cadre des mesures d'urgence en sécurité civile du Québec

Au Québec, le volet psychosocial est inclus dans l'organisation des services en situation d'urgence depuis le début des années 1990. Suite à la tuerie de l'École Polytechnique en 1989, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec développait un modèle d'organisation des interventions sociosanitaires dans le cadre des mesures d'urgence en sécurité civile. Plusieurs éléments de ce modèle sont encore en usage aujourd'hui, dont un programme de formation et une trousse d'intervention régulièrement mis à jour, à l'intention du personnel du réseau de la santé (17, 18, 19). Dans la foulée des inondations du Saguenay de 1996 et de la tempête de verglas de 1998, la *Loi sur la sécurité civile*, adoptée en 2001, confiait au ministère de la Sécurité publique du Québec un rôle d'encadrement, englobant le mandat d'élaborer et de maintenir le *Plan national de sécurité civile*, et le pouvoir de déclarer l'état d'urgence nationale. (7)

Principaux éléments du modèle québécois de mesures d'urgence en sécurité civile :

- Plan national de sécurité civile (PNSC): ce plan permet d'organiser et de concerter les actions des 29 ministères et organismes gouvernementaux concernés. Il comprend une quinzaine de missions visant à répondre aux besoins de la population en cas de situation d'urgence majeure.
- Comité de sécurité civile du Québec (CSCQ) : cette instance, qui regroupe les dirigeants des 12 principaux ministères et organismes interpellés ainsi que le coordonnateur gouvernemental désigné par le ministre de la Sécurité publique, planifie et supervise l'action gouvernementale en sécurité civile.
- Organisation de sécurité civile du Québec (OSCQ) : dirigée par le coordonnateur gouvernemental, cette instance planifie les mesures de sécurité civile à l'échelle du Québec et coordonne les opérations menées selon le PNSC.
- Modèle organisationnel en sécurité civile sociosanitaire : au sein de l'OSCQ, la coordination ministérielle en sécurité civile du MSSS fournit les informations et la collaboration relatives à la mission santé du PNSC. Elle assume cette responsabilité selon cinq volets : 1) maintien des activités du réseau sociosanitaire : continuité des services; 2) santé physique : réduction de la mortalité et de la morbidité, incluant la réception massive des sinistrés; 3) santé publique : mise en place de mesures de protection de la population; 4) volet psychosocial : interventions pour minimiser les impacts psychosociaux et faciliter le retour à la vie normale; 5) communication : gestion de l'information à la population, aux médias, aux décideurs, au personnel du réseau et aux partenaires.

Au palier central, le MSSS établit les grandes orientations et définit les paramètres budgétaires. Au palier régional, les Agences de santé et de services sociaux organisent et coordonnent les services ainsi que l'allocation budgétaire aux établissements. Au niveau du réseau local de services (RLS), les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) déclinent les cinq volets de services en lien avec les autres établissements publics et privés de leur territoire (hôpitaux, centres de réadaptation et de longue durée, etc.), les cliniques médicales ainsi que les différents partenaires (municipalités, écoles, etc.). Les services offerts au palier local doivent aussi s'harmoniser avec le plan de mobilisation régional prévu dans la *Loi sur la santé publique*. (7,17, 20, 21, 22)

La phase de préparation permet de procéder, entre autres, à :

- l'élaboration d'ententes de collaboration avec les partenaires susceptibles d'être associés étroitement aux interventions psychosociales d'urgence (ex. : associations professionnelles, organismes communautaires, centres de crise, communautés religieuses, etc.);
- la mise au point de mécanismes de communication et de gestion de l'information avec les médias et le grand public (13);
- le développement d'outils de repérage des clientèles vulnérables, de sondage et d'évaluation permettant de mieux capter les besoins de la population et l'efficacité des mesures mises en place. Ces outils peuvent cerner des dimensions telles que les besoins des personnes vulnérables, la nature des craintes des citoyens, les précautions déjà prises et la préparation souhaitée, les facteurs influençant le sentiment de sécurité et les mesures susceptibles de l'augmenter, les attentes relatives aux ressources et services, etc. (25). Compte tenu de leurs fonctions de surveillance, d'évaluation et de recherche, les instances de santé publique peuvent jouer un rôle utile à cet égard.

La **phase d'intervention** correspond à la période entourant immédiatement le sinistre. L'objectif des interventions psychosociales pendant cette phase consiste à faciliter le processus d'intégration psychologique des événements et à minimiser leur impact négatif afin de rétablir le plus rapidement possible le fonctionnement psychologique et social des individus et des communautés. Il s'agit de diminuer les sentiments de peur, d'incertitude et de vulnérabilité chez les individus et les différents sous-groupes de la population affectés par le désastre et de restaurer leurs sentiments de confiance, de compétence, d'autonomie et de contrôle. Il faut aussi préserver la cohésion sociale et maintenir les réseaux naturels de soutien social en encourageant, par exemple, la création de groupes d'entraide au sein des communautés touchées.

Il est important de mettre en application le plus rapidement possible les divers protocoles d'entente développés pendant la phase de préparation. Le fait de travailler en étroite collaboration avec les partenaires permet non seulement d'améliorer l'efficacité des actions entreprises, mais aussi, de rassurer la population en faisant la démonstration d'un modèle structuré de coopération et d'action pour surmonter le chaos (26). Une attitude proactive et une réponse rapide des autorités concernées contribuent à rétablir un sentiment de sécurité.

Durant la phase d'intervention, les besoins d'information supplantent généralement les besoins d'aide psychologique (13, 27). Des informations insuffisantes, imprécises ou contradictoires suscitent la détresse psychologique (4). Inversement, une stratégie de communication claire utilisant des porte-paroles officiels et des experts crédibles, empêche l'escalade des réactions de peur et d'anxiété engendrées par les rumeurs et la désinformation. Un traitement factuel et rigoureux de l'information est psychologiquement sécurisant : il dissipe l'incertitude et l'inquiétude et véhicule, de façon explicite ou implicite, le message que les actions mises en place s'avéreront efficaces à court ou moyen terme (28).

C'est également à ce moment qu'il convient d'utiliser et d'adapter le matériel éducatif conçu à cette fin à l'intention de différents groupes, dont les intervenants, les médias et le grand public (20). Au Québec, la *Trousse d'outils pour l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence*, développée pour les intervenants, contient du matériel abordant divers aspects de l'intervention psychosociale d'urgence : réactions psychologiques caractéristiques des divers groupes d'âge, phases du processus adaptatif et facteurs d'influence, stratégies et approches préconisées, etc. (19)

La **phase de rétablissement** correspond à la période plus ou moins longue de récupération après le désastre. Elle vise à faciliter, à moyen et à long terme, les processus de récupération psychologique et de restauration du sens de la communauté. À ce moment, les victimes des désastres réalisent souvent encore plus leurs pertes. Leurs besoins psychologiques se font par conséquent parfois plus sentir que durant les phases précédentes. Les activités à caractère symbolique (ex. : cérémonies commémoratives) revêtent alors une grande signification. Sur le plan individuel, elles contribuent à soulager la tristesse. Sur le plan collectif, elles favorisent le rétablissement de la cohésion sociale.

Paradoxalement, cette période est souvent celle où les médias se désintéressent progressivement de la situation au profit d'événements plus récents et de nouvelles « fraîches ». Les services d'urgence, largement déployés pendant la phase d'intervention, sont retirés au fur et à mesure où les intervenants retournent à leurs occupations régulières. L'aide bénévole s'estompe aussi graduellement, alors qu'elle

pourrait s'avérer plus utile que jamais. Ce retrait généralisé de l'attention en provenance des médias et des intervenants se produit donc précisément au moment où les personnes, les groupes et les communautés ayant vécu le désastre commencent leur véritable deuil.

Chez les personnes plus vulnérables, c'est généralement à ce moment qu'apparaissent les problèmes psychologiques plus graves, dont les TSPT. Ces problèmes peuvent être détectés, soit, à travers la persistance des symptômes déjà présents à la phase d'intervention, soit, à travers l'émergence de nouveaux symptômes « à retardement ». C'est d'ailleurs pourquoi il est capital d'assurer le maintien de ressources suffisantes pour permettre le dépistage, l'orientation et le soutien des individus et des groupes plus gravement affectés. Compte tenu du rôle de porte d'entrée des médecins généralistes dans le système de soins, il est particulièrement important de les sensibiliser à ce phénomène de même qu'aux liens étroits entre les symptômes physiques et psychologiques, que ceux-ci soient non spécifiques (détresse) ou caractérisés (TSPT).

La phase de rétablissement constitue enfin une période privilégiée pour mener des études permettant d'évaluer l'efficacité et les retombées des actions mises en place pendant les phases précédentes (3). Comme il a été mentionné précédemment, les instances de santé publique peuvent contribuer à mener de telles études et à développer davantage les connaissances relatives aux effets des désastres sur la santé et le bien-être de la population (incluant le niveau de détresse psychologique), ainsi qu'à l'adéquation des interventions offertes.

Conclusion et perspectives

Pour faire face au risque croissant d'apparition des désastres ou autres situations d'urgence, les services de santé ont été amenés à mieux structurer leur réponse en mettant en place un plan de mesures d'urgence dans tous les établissements, comme c'est le cas présentement au Québec. Le volet psychosocial est désormais spécifiquement considéré (29), et incorpore le développement d'outils d'information et d'intervention ainsi que diverses activités de soutien en situation d'urgence. Au Québec, le réseau de la santé est particulièrement actif au regard des interventions psychosociales, comme

en témoigne d'ailleurs le plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza (30).

Sur la base de l'analyse qui précède et de la documentation consultée, il est possible, en terminant, de dégager quelques perspectives de développement en matière d'intervention psychosociale en situation d'urgence. Notamment :

- l'importance de se préoccuper davantage de la supervision clinique des intervenants, compte tenu de leur degré élevé d'exposition aux victimes des désastres et, par conséquent, de leur vulnérabilité accrue au stress;
- l'intérêt de constituer, dès la phase de préparation, une banque de personnes ressources susceptibles d'offrir, soit de la supervision clinique, soit de l'assistance-conseil concernant le plan de couverture ou l'adéquation des services psychosociaux face aux impacts du sinistre, soit enfin, une expertise spécialisée dans des domaines complémentaires à l'intervention psychosociale d'urgence (ex. : terrorisme, médiation culturelle, etc.);
- l'utilité de continuer à évaluer les effets et les retombées des interventions offertes, dans le but d'améliorer les pratiques en cours.

Références

1. Everly, GS Jr. « Thoughts on training guidelines in emergency mental health and crisis intervention », *Int. J. Emerg. Ment. Health*, 2002, 4 (3), 139-141.
2. Everly, GS Jr, Langlieb, A. « The evolving nature of disaster mental health services », *Int. J. Emerg. Ment. Health*, 2003, 5 (3), 113-119.
3. Kizer, KW. « Lessons learned in public health emergency management: personal reflections », *Prehospital Disaster Med.*, 2000, 15 (4), 209-214.
4. Lemyre, L., Clément, M., Corneil, W., Russo Garrido, S. « Les impacts psychosociaux du terrorisme », dans D. Maltais & M.A. Rheault (Eds), *Intervention sociale en cas de catastrophe*, Presses de l'Université du Québec, 2005, 351-368.
5. Parker, CL, Barnett, DJ, Everly, GS Jr, Links, JM. « Expanding disaster mental health response: a conceptual training framework for public health professionals », *Int. J. Emergency Ment. Health*, 2006, 8 (2), 101-109.
6. Parker, CL, Everly, GS Jr, Barnett, DJ, Links, JM. « Establishing evidence-informed core intervention competencies in psychological first aid for public health personnel », *Int. J. Emerg. Ment. Health*, 2006, 8 (2), 83-92.
7. Martel, C. « Les grands dérangements et la perspective du soutien aux changements humains », dans D. Maltais & M.A. Rheault (Eds), *Intervention sociale en cas de catastrophe*, Presses de l'Université du Québec, 2005, 35-95.
8. Maltais, D., Robichaud, S., Simard, A. *Désastres et sinistrés*, Les éditions JCL inc., Chicoutimi, Québec, 2001.
9. Young Landesman, L. *Public health management of disasters: the practice guide*, Washington, DC, American Public Health Association, 2001.
10. Neugebauer, R. "Psychosocial research and interventions after the Rwanda genocide", dans *Handbook of international disaster psychology: practices and programs*, Westport, CT, US, Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, 2006, 125-136.
11. Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R., Mukanoheli, E. "Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children", *Journal of Traumatic Stress*, 2000, 13 (1), 3-21.
12. Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, K., Rourke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A., Kulka, R.A. « Psychological reactions to terrorist attacks : findings from the national survey of Americans' reactions to September 11 », *JAMA*, 2002, 288 (5), 1-18.
13. Desmeules, J., Maltais, D. « Les médias en temps de catastrophe », dans D. Maltais & M.A. Rheault (Eds), *Intervention sociale en cas de catastrophe*, Presses de l'Université du Québec, 2005, 369-385.

14. Slone, M. « Responses to media coverage of terrorism », *J. of Conflict Resolution*, 2000, 44 (4), 508-522.
15. Pfefferbaum, B. et coll. « Posttraumatic stress two years after the Oklahoma city bombing in youths geographically distant from the explosion », *Psychiatry*, 2000, 63 (4), 358-370.
16. Everly, G.S. « Five principles of crisis intervention : reducing the risk of premature crisis intervention », *Int. J. Emergency Mental Health*, 2000, 2 (1), 1-4.
17. Malenfant, P.-P. *L'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile : guide de formation* (document en révision). Structure organisationnelle en sécurité civile : mission santé (Module 3). Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Coordination ministérielle en sécurité civile, 2006.
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence : volet services psychosociaux*. Gouvernement du Québec, Direction de la formation et du développement, 1994.
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Trousse d'outils pour l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence*. Gouvernement du Québec, Direction de la formation et du développement, 1994.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec, Direction générale des services sociaux, 2004.
21. Maltais, D., Tremblay, S., Côté, N. *Intervention en situation de désastre : connaître les conséquences de l'exposition aux catastrophes pour mieux intervenir*, Université du Québec à Chicoutimi, 2006.
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Implication du CLSC au plan de la santé publique de première ligne dans le cadre de la mise en œuvre du plan de mesures d'urgence municipal lors d'un sinistre*, Gouvernement du Québec, 2002.
23. Everly, G.S. & Mitchell, J.T. « America under attack : the "10 commandments" of responding to mass terrorist attacks », *Int. J. Emergency Mental Health*, 2001, 3 (3), 133-135.
24. Mitchell, J.T. « Essential factors for effective psychological response to disasters and other crises », *Int. J. Emergency Mental Health*, 1999, 1, 51-58.
25. Dudley-Grant, G.R., Mendez, G.I., Zinn, J. « Strategies for anticipating and preventing psychosocial trauma of hurricanes through community education », *Professional Psychology : Research & Practice*, 2000, 31 (4), 387-392.
26. Tucker, P. et coll. « Oklahoma City: disaster challenges for mental health and medical administrators », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1998, 25 (1), 93-99.

27. Maltais, D. « Les caractéristiques de l'intervention sociale en cas de catastrophe macrosociale », dans D. Maltais & M.A. Rheault (Eds), *Intervention sociale en cas de catastrophe*, Presses de l'Université du Québec, 2005, 7-34.
28. Everly, G.S. « Crisis management briefing (CMB): large group crisis intervention in response to terrorism, disasters, and violence », *Int. J. Emergency Mental Health*, 2000, 2 (1), 53-57.
29. Bosher, L. « Emergency management and public health systems », *J. R. Soc. Health*, 2006, 126 (2), 65-66.
30. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza – Mission Santé*. Gouvernement du Québec, 2006.