

Université de Montréal

Les modèles d'intervention utilisés par les travailleurs sociaux
auprès des victimes d'événements traumatiques.

Par
Michel NOBERT, t.s.

École du Service social
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences

Juin 2003

© Michel NOBERT, 2003



HV

13

U54

2004

V.005



Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Les modèles d'intervention utilisés par les travailleurs sociaux
auprès des victimes d'événements traumatiques.

présenté par :
Michel NOBERT t.s.

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Danielle Maltais
Présidente du jury

Gilles Rondeau
Membre du jury

Claude Larivière
Directeur de recherche

Sommaire

Cette recherche explore, à partir des données fournies par des travailleurs sociaux membres à l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, les modèles et techniques utilisés à l'occasion d'interventions effectuées lors de désastres - naturels, technologiques ou reliés à l'activité humaine.

Voulant rendre compte des difficultés et questionnements vécus lors de l'exécution des services d'approche professionnelle en travail social, cette recherche porte sur les interventions des travailleurs sociaux affectés aux équipes de secours, lors de situations de sinistres. Interventions souvent exécutées à froid – sans le recul dont on peut disposer, lors des situations non urgentes, par exemple – et à l'ombre de l'agitation et du spectaculaire des événements, elles n'en demeurent pas moins exigeantes sur le plan professionnel.

La stratégie adoptée pour cette recherche repose sur l'approche quantitative, de forme exploratoire. Elle utilise un questionnaire auto-administré, conçu spécifiquement pour cette recherche, et basé sur la participation de l'auteur, en réponse aux demandes d'aide à l'occasion de la crise du verglas en Montérégie, en 1998. Les outils d'intervention considérés concerneront tout autant les modèles génériques – intervention de crise, intervention psychosociale, intervention communautaire, intervention en vue de la résolution de problèmes et intervention cognitivo-comportementale - que les techniques d'appoint – intervention de la verbalisation, intervention de soutien et intervention post-traumatique. Les interventions rapportées au questionnaire par les participants auront été effectuées aux quatre (4) périodes distinctes – interventions immédiate, rapprochée, à court terme et à moyen terme après les événements – reconnues dans la littérature, et concernant des sinistres survenus sur une période assez récente, et en

accord avec ceux définis dans la littérature à ce sujet. En outre, ce questionnaire utilisait à titre de variable indépendante, les formations universitaire et d'appoint, alors que les concepts choisis concernaient les modèles d'intervention utilisés aux différentes périodes, le concept de stress post-traumatique ainsi que celui de sinistre.

À titre de première hypothèse, la contribution de la formation – universitaire et d'appoint – en regard des interventions effectuées lors de situations de crise, s'est révélée prépondérante pour la suite de la recherche. Ainsi, les résultats de la première hypothèse corroborent le lien entre les formations suivies, avec le dépistage et la réponse aux besoins des victimes, par la connaissance du trouble du stress post-traumatique, ses caractéristiques et ses problématiques. Quant aux résultats de la deuxième hypothèse, qui associe la période d'intervention et le type d'événement au choix du modèle, ceux-ci semblent indiquer une nette corrélation entre le choix du modèle utilisé et les conditions d'exécution. En effet, les vérifications effectuées démontrent l'influence de la période d'utilisation sur les approches d'intervention pratiquées en service social. lors d'événements traumatiques.

Entreprise pour la production d'un mémoire de maîtrise, cette recherche, sans prétendre à une analyse rigoureuse de la réalité professionnelle des travailleurs sociaux intervenant en situations de crise, s'est appliquée à rendre compte, de manière la plus exacte possible, des actions posées par ceux-ci. Ultimement, elle vise à permettre une reconnaissance accrue des actes professionnels posés, alors que le contexte d'exécution des interventions est des plus délicat.

Mots clés : Travail(leur) social – formation – stress post-traumatique – modèle d'intervention – sinistre.

Summary.

Using data gathered from social workers, members of the Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, this research project will look at models and techniques used in interventions following natural or technological disasters or other events related to human activity.

In an attempt to address the difficulties and problems encountered in offering professional social work services, this research will look at the interventions of social workers attached to emergency teams during emergency situations. These interventions, which often take place with no preparation – without the benefit of a certain distance which is often the case in less urgent situations – and under the shadow and disruption of these spectacular events, are particularly demanding from a professional point of view.

The research uses an evaluative quantitative approach. It consists of a self administered questionnaire with the author's participation, developed specifically for this research project, following the activities during the 1998 ice storm in Montérégie. The techniques considered will include generic models – crisis, psycho-social and community intervention, problem solving and cognitive-behavioural interventions – as well as support techniques – verbalisation, support and posttraumatic interventions. These interventions, reported on the questionnaires by the participants, took place during four distinct periods - immediate interventions, shortly after, short term and medium term following the event – as recognised in the literature for events which took place relatively recently and in conformity with the definitions found in the literature on this subject. The questionnaire also used the most recent university training as an independent variable and the concepts chosen concerned intervention techniques used at various times, the concept of posttraumatic and disaster stress.

The first hypothesis, the contribution of training – the most recent university training – in regards to interventions during crisis situations, became the overriding hypothesis for the rest of the research project. The results of the first hypothesis therefore corroborate the link between the training received and the diagnosis of, and response to, victim needs as a result of posttraumatic stress, its characteristics and difficulties. As for the results of the second hypothesis regarding the period of intervention and the type of event in the choice of the method of intervention, this seems to indicate a clear correlation between the type of intervention and the conditions under which they are carried out. Subsequent assessments demonstrate the influence of the period of use on the approaches used in interventions following traumatic events.

This research project, undertaken as a part of a master's thesis, does not pretend to be an in-depth analysis of the realities of the social workers' handling of crisis situations but rather attempts to recount, as closely as possible, the actions taken. The ultimate aim is to reinforce the recognition of the professional acts carried out under difficult conditions.

Keywords: Social worker – training – posttraumatic stress – intervention methods – disaster.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être atteinte sans l'appui de monsieur Claude Larivière, comme directeur de recherche. À travers nos discussions, il a su faire en sorte que cette démarche se réalise de façon agréable. Compte tenu de ma longue expérience comme praticien, il a su m'encourager à développer la rigueur nécessaire à l'élaboration d'un tel projet. Du fait de mon emploi à plein temps au CLSC de Matawinie, à titre de travailleur social, sa disponibilité m'a permis de respecter mes échéanciers.

De plus, j'ai eu l'opportunité d'échanger au sujet de mon projet de rédaction avec monsieur Robert Mayer, lors de son cours en recherche - action. Ses conseils d'expérience en tant que chercheur lui-même, et ses suggestions de lecture ont apporté un éclairage pertinent à mes propres interrogations. Je veux aussi adresser des remerciements à monsieur Lionel - H. Groulx. Sa rigueur intellectuelle et ses exigences de performance ont su m'amener au-delà de ce que je croyais être en mesure de fournir comme matière à mon projet de recherche.

À madame Danielle Maltais et à monsieur Gilles Rondeau, tous deux chercheurs et professeurs, je tiens à adresser un remerciement particulier pour leur intérêt et la qualité de leurs commentaires tout au long de la correction de ce mémoire.

Je tiens aussi à remercier de son encouragement madame Louise Boulanger, de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, pour m'avoir autorisé à utiliser leur envoi trimestriel. Cet appui m'a facilité la tâche, quant à la possibilité matérielle et financière de rejoindre tous ceux qui pouvaient être intéressés à participer à ma recherche.

Et au nom de cette recherche qui n'aurait pu être sans vous tous, très nombreux, qui avez participé à cette recherche, avec intérêt et souci de fidélité aux événements, un remerciement senti.

Enfin, je ne pourrais passer sous silence la disponibilité et le professionnalisme de madame Louise Bonin, pour le travail de relecture et de mise en forme de ce mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
SUMMARY	v
REMERCIEMENTS	vii
TABLE DES MATIÈRES	ix
LISTE DES SIGLES, des ABRÉVIATIONS et des ANNEXES	xii
LISTE DES TABLEAUX, des FIGURES et des GRAPHIQUES	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - LA RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 La nature du travail social	4
1.2 La formation pour assumer les rôles liés à l'intervention en contexte de sinistres	9
1.3 Les sinistres : nature et impact sur les individus	12
1.3.1 Le contexte physique	12
1.3.2 Le contexte gouvernemental	13
1.3.3 Le contexte individuel	15
1.4 Le trouble de stress post-traumatique	19
1.5 Les modèles d'intervention comme outils	23
1.5.1 Les étapes dans la recherche d'aide	24
1.5.2 Identification d'un état de crise	25
1.5.3 Les modèles d'intervention proposés	27
1.5.3.1 L'intervention de crise	27
1.5.3.2 L'intervention psychosociale	29
1.5.3.3 L'intervention communautaire	30
1.5.3.4 L'intervention en vue d'une résolution de problèmes	33
1.5.3.5 L'approche cognitivo-comportementale	35
1.5.3.6 L'intervention de la verbalisation	38
1.5.3.7 L'intervention de soutien	41
1.5.3.8 L'intervention post-traumatique	42

CHAPITRE 2 – LA MÉTHODOLOGIE	45
2.1 Le cadre d'analyse	45
2.2 L'objectif général	46
2.3 La qualification des variables	47
2.3.1 La variable indépendante.	48
2.3.2 Les variables dépendantes	48
2.3.3 Les variables intermédiaires	49
2.4 La formulation des hypothèses	49
2.5 L'opérationnalisation	50
2.5.1 Le choix du devis	50
2.5.2 La validité interne	51
2.5.3 La validité externe	52
2.6 La définition des concepts	52
2.6.1 Les modèles d'intervention	54
2.6.2 Le stress post-traumatique	56
2.6.3 Le sinistre	57
2.7 Les caractéristiques des sujets participants	58
2.7.1 La population	58
2.7.2 L'échantillon	58
2.7.3 La procédure de recrutement	58
2.7.4 La participation à la recherche	59
2.7.5 Le choix de la méthode de collecte des données	60
2.7.6 La méthode de collecte des données	60
2.7.7 Les obstacles à la validité de la méthode de collecte des données.	61
2.8 L'élaboration de l'instrument de mesure	62
2.8.1 Le choix de l'instrument	62
2.8.2 Les obstacles à la validité de l'instrument	62
2.8.3 Les commentaires des participants au pré - test concernant le questionnaire	62
2.9 La construction du questionnaire	63
2.9.1 La première partie	65
2.9.2 La deuxième partie	66

CHAPITRE 3 - LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	67
3.1 Présentation des données recueillies	67
3.1.1 Données recueillies sur le stress post-traumatique	70
3.1.2 Données recueillies sur l'utilisation des groupes communautaires	71
3.1.3 Données recueillies sur les sinistres	71
3.1.4 Données recueillies sur les modèles utilisés et les périodes d'intervention	72
3.1.5 Données recueillies sur les motifs de consultation selon les périodes	76
3.1.6 Données recueillies sur le support familial selon les périodes	76
3.1.7 Données recueillies sur le trouble stress post-traumatique et son dépistage	77
3.1.8 Données recueillies sur la formation	78
3.2 Résultats en rapport avec la première hypothèse	78
3.3 Résultats en rapport avec la deuxième hypothèse	82
3.4 Synthèse de la présentation	85
 CHAPITRE 4 - L'ANALYSE DES RÉSULTATS	 86
4.1 Analyse des données recueillies	86
4.1.1 Analyse des données recueillies sur l'utilisation des groupes communautaires	91
4.2 Les étapes de l'intervention et les modèles d'intervention utilisés	93
4.2.1 L'analyse de l'intervention immédiate après l'événement	93
4.2.2 L'analyse de l'intervention rapprochée après l'événement	94
4.2.3 L'analyse de l'intervention à court terme après l'événement	96
4.2.4 L'analyse de l'intervention à moyen terme après l'événement	97
4.3 Analyse des résultats en rapport avec la première hypothèse	99
4.4 Analyse des résultats en rapport avec la deuxième hypothèse	101
4.5 Discussion et commentaires sur les résultats	110
 CONCLUSION	 114
 BIBLIOGRAPHIE	 120
 ANNEXES	 xii
 LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	 xii

LISTE DES ANNEXES

1.	Lettre d'appel aux travailleurs sociaux	xvi
2.	Courtes définitions des approches	xviii
3.	Formulaire de consentement	xx
4.	Remerciements, informations et consignes aux participants	xxi
5.	Questionnaire auto-administré	xxiii
6.	Table donnant le χ^2_c avec un niveau de signification de 5%	xl
7.	Compilation des résultats, ventilée par événements et par étapes	xli
7.1	Information personnelle et professionnelle	xlii
	questions 1 à 15	
7.2	Information sur les événements, les victimes et le milieu communautaire	xliii
	questions 16 à 28	
7.3	Information sur le type d'approche utilisée - ventilée par type d'événement et par étape	xliv
	questions 29 à 82	
8.	Tableau de contingence – Question 7 / Questions 12-13-14	xlviii
9.	Répartition des répondants par région administrative	xlix

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARH	Agent de relations humaines
CLSC	Centre local de services communautaires
CSS	Centre de services sociaux
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4 ^e édition
ESPT	État de stress post-traumatique
MSSSQ	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
SSPT	Syndrome du stress post-traumatique
TSPT	Trouble du stress post-traumatique

LISTE DES TABLEAUX

1.	Classification des sinistres. (Figley, 1995)	13
2.	Liens des concepts avec la recension d'écrits	53
3.	Répartition des sinistres soumis par les répondants	72
4.	Tableau du Chi carré (x^2) – Question 7 / Questions 12-13-14	80
5.	Tableau du Chi carré (x^2) et coefficient de contingence (C) des modèles d'intervention	83

LISTE DES FIGURES

1.	Niveau d'intervention et de coordination. Secteur santé et services sociaux. (MSSSQ, 1994)	14
2.	Proposition d'un paradigme pour l'évaluation de l'impact d'un désastre sur la santé mentale (Warheit, 1979)	18
3.	Processus du rétablissement de l'équilibre ou prolongation du déséquilibre (Aguilera, 1995)	26

LISTE DES GRAPHIQUES

1.	Utilisation des approches selon les périodes d'intervention pour les sinistres naturels	73
2.	Utilisation des approches selon les périodes d'intervention pour les sinistres technologiques	74
3.	Utilisation des approches selon les périodes d'intervention pour les sinistres reliés à l'activité humaine	75

INTRODUCTION

Alors que la conférence offerte par monsieur Michel Dorais se déroulait - sur le thème des travailleurs sociaux et leur relation équivoque face à la recherche (Dorais, 2001), au Congrès de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) à Québec en juin 2001, ses propos ont suscité un écho et un encouragement personnel à choisir l'option mémoire de recherche, portant sur la pratique des travailleurs sociaux lors de situations d'urgence. Le thème de cette recherche s'est décidé, sans savoir à ce moment-là, la forme précise et l'étendue que représenterait ce projet.

Durant les différentes époques administratives qui ont vu naître et former les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les problématiques rencontrées par les travailleurs sociaux ont mis en relief leur grande habilité à exécuter leur travail, avec tact et professionnalisme. Une forte capacité d'empathie en même temps qu'une grande détermination à vouloir aider les personnes vivant des difficultés de toutes sortes caractérisent leurs interventions. Toutefois, leur expérience clinique et pratique dans les situations d'urgence mérite qu'on s'y attarde avec plus de nuances. En effet, le manque ou l'absence de reconnaissance dont ils se croient l'objet n'est peut-être que le reflet de leur propre absence à la tête d'études / recherches portant sur leurs champs de pratique.

Quoiqu'il en soit, pour les travailleurs sociaux d'aujourd'hui, souvent appelés à intervenir dans des situations urgentes, auprès de clientèles variées quant à leurs besoins, il est de première importance qu'ils actualisent leurs connaissances de façon régulière, par des formations d'appoint leur permettant de parfaire et de confirmer certaines théories qui les confrontent dans leur pratique. En partie due à la négligence ou l'inexpérience des dirigeants, les travailleurs sociaux - par leur professionnalisme et leur

formation - ont évité d'alourdir ou de compliquer des situations par ailleurs sérieuses ; certaines lacunes de niveau organisationnel ont ainsi pu être atténuées ou même neutralisées. Malgré un manque de direction, les travailleurs sociaux ont développé des aptitudes pour prendre en charge ces situations, en centrant leurs interventions sur la clientèle en besoin, attitudes au cœur des fondements éthiques de leur profession. Favorisant l'atteinte des objectifs essentiels de l'aide en situations d'urgence, soit le retour à l'équilibre antérieur pour les victimes, le travail et l'apport des travailleurs sociaux sur ce point en sont parfois occultés. Par leur formation et leur philosophie d'action, les travailleurs sociaux sont en mesure d'adapter leur mode d'intervention dans un « avant », un « pendant » et un « après » sinistre. Malheureusement, une confusion existe chez nos dirigeants civils et dans les médias quant à l'identité des intervenants sociaux. En effet, ceux-ci amalgament indifféremment les différents intervenants professionnels requis lors de telles situations. Ce faisant, ils limitent ainsi l'aptitude à aider et soutenir les victimes aux seuls psychologues, les identifiant comme seuls « spécialistes » aptes à résoudre les problèmes lors de situations de mesures d'urgence.

Pour les travailleurs sociaux, souvent appelés à intervenir dans des situations régies par les mesures d'urgence, l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence représente un nouveau défi. Défi de la confirmation du champ de pratique des travailleurs sociaux, mais aussi invitation à tous les travailleurs sociaux pour un soutien et un renforcement de l'identité et de la reconnaissance des compétences particulières de notre profession en ce domaine, par une présence active dans des activités de recherche qui interpellent la profession (Dorais, 2001).

CHAPITRE 1 - LA RECENSION DES ÉCRITS.

Depuis un certain nombre d'années, quel que soit le pays, les manchettes font état de nombreux désastres touchant les populations. Certains de ces désastres sont causés par des phénomènes naturels, comme les tremblements de terre, les inondations, les tornades et les pluies verglassantes. D'autres types de sinistres sont davantage reliés à l'intervention humaine, par le biais du développement technologique. Par ailleurs, l'agression physique d'une ou de plusieurs personnes (enlèvement et mort d'enfants ou encore agression contre des personnes âgées) peut avoir une incidence sur toute une communauté : l'attaque terroriste contre le World Trade Center est le plus médiatisé des exemples de désastre relié à l'activité humaine. Même si ces catastrophes sont très différentes quant à leurs causes, elles englobent toutes la notion de « perturbation excédant la capacité d'ajustement de la communauté affectée » (Lefebvre 2000).

En prenant cette notion comme point de départ, cette recherche interrogera ses participants sur les types d'intervention utilisés comme processus thérapeutiques pour favoriser le retour à l'équilibre des victimes. Depuis plusieurs années, aux États-Unis, les recherches axées sur les conséquences des sinistres se sont multipliées, tandis qu'au Québec, l'intérêt est plus récent. Les inondations du Saguenay (en 1996), et la crise du verglas en Montérégie et dans la vaste région de Montréal (janvier 1998) ont stimulé le besoin d'effectuer des recherches en ce domaine. À Walkerton (Ontario), la contamination de l'eau potable a ébranlé la confiance publique et a motivé une révision des mesures de surveillance des méthodes de contrôle de la qualité des eaux potables.

Lors de sinistres, beaucoup de personnes, de par leur formation, sont appelées à s'impliquer, à titre de « crisis workers » ou intervenant de crise.

Ce terme inclut les secouristes, les ambulanciers, les pompiers, les policiers, les psychologues, les travailleurs sociaux, les psychiatres et les infirmières. Parmi ces intervenants, certains seront des intervenants de première ligne, c'est-à-dire qu'ils seront appelés à être les premiers secouristes sur le lieu même du sinistre. De par leur formation spécifique, ces intervenants ont déjà l'expertise pour faire de l'intervention, qui prend la forme de secours physiques à apporter aux victimes de sinistres. Considérant la nécessité de se concentrer sur l'apport spécifique des travailleurs sociaux, la littérature a été explorée plus particulièrement en vue d'examiner quelle peut être leur contribution en relation avec des situations de catastrophes.

Dans ce contexte, seront abordées successivement la nature du travail social, la formation professionnelle qui prépare les travailleurs sociaux à accomplir leurs rôles et la mise en relation avec les besoins particuliers issus des sinistres, nécessitant un modèle d'intervention adapté au stress post-traumatique.

1.1 - LA NATURE DU TRAVAIL SOCIAL.

En puisant à des racines profondes dans l'histoire de la profession - le travail social étant historiquement pourvoyeur de services d'aide en période de guerres, de désastres et de crises majeures - et en intégrant ses emprunts à la psychologie - l'aspect clinique (Du Ranquet, 1981) et à la sociologie - sa vision organisationnelle et communautaire (Zakour, 1996), la recherche en travail social sur les sinistres démontre la contribution unique et essentielle des travailleurs sociaux, en particulier par le focus mis sur les aspects psychosociaux des désastres soit les volets d'évaluation psychosociale, les services de coordination, de counselling et d'éducation publique, tout autant que la prise de dispositions en vue d'une référence, et les contacts avec les organisations communautaires.

Depuis l'époque des organisations charitables, le travail social s'est considérablement développé. La mise sur pied d'une formation professionnelle et la création d'une appellation professionnelle spécifique se sont inscrites dans les bouleversements des années 1950 et 1960, bien que des écoles de service social soient créées à l'Université McGill (1918), à l'Université de Montréal (1941), ainsi qu'à l'Université Laval (1943). La Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, reconnue légalement en 1960, devient en 1973, la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec et elle portera ce nom jusqu'à la réforme du Code des professions qui en 1994, change le titre de toutes les corporations professionnelles en celui d'ordres professionnels. La Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec deviendra donc l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ, 2002).

Sur le marché du travail de ces professionnels, on assiste à l'étatisation des services sociaux, avec l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1970). Le gouvernement crée alors les centres de services sociaux (CSS) et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Mais les grands changements qui s'opèrent dans notre société interpellent les travailleurs sociaux (Rondeau, Michaud, 2000 ; Mathieu, 1991). Et pour répondre aux nouveaux besoins, les travailleurs sociaux doivent interroger et adapter leurs pratiques aux nouveaux modèles et stratégies d'intervention qui surgissent dans leur réalité professionnelle. Redjeb (1991) questionne les fondements de l'identité professionnelle chez les travailleurs sociaux :

« La reconquête de l'identité professionnelle exige, d'abord, que les intervenants sociaux se dotent d'une représentation claire et précise de l'acte clinique, en ce sens que cette représentation soit fondée historiquement et non pas due uniquement à un exercice mental d'ordre cosmétique ». (Redjeb, 1991 ; p. 110).

On assiste plutôt à une tendance à l'homogénéisation des professions sociales, alors que dans plusieurs établissements, on procédera à l'engagement de personnel sous le vocable *agent de relations humaines* :

« Pour une même fonction, on engagera indifféremment un travailleur social, un psychologue, un psycho-éducateur, un criminologue, un sexologue, et même dans certains cas, une infirmière.(...) En revêtant tous les intervenants du même titre d'ARH, on en conclut que c'est l'habit qui fait le moine ». (Alary, 1999 ; p. 19).

Et

« Cette expression parapluie – ARH ou agent de relations humaines – est le signe tangible d'une banalisation des professions et une non-compréhension tant des multiples besoins de la société que de la spécificité et de la complexité des interventions ». (Mathieu, 1991 ; p. 21).

Ce qui est remis en question ici, c'est l'idée qu'il n'existe pas de corpus de connaissances propres à chacune de ces disciplines professionnelles servant d'assises théoriques à une compétence spécifique. Le travailleur social doit bien souvent se débrouiller seul pour affirmer et développer son identité professionnelle : en CLSC particulièrement, les lacunes observables, soit l'absence d'un cadre de référence commun et l'absence de supervision professionnelle, participent à l'affaiblissement de la position des travailleurs sociaux, en gênant le développement d'un corpus de connaissances et d'habilités propres à cette profession. (Larivière, 1995)

Les études effectuées sur la main-d'œuvre en service social (Rondeau et Michaud, 2000 ; Rondeau, 2002) explorent les différents aspects de cette question. Cependant, bien que le consensus quant à l'adhésion obligatoire à l'Ordre professionnel, autorisant à porter le titre de *travailleur social* ne soit pas acquis, les avantages en regard du sens identitaire, de la reconnaissance des actes et de la formation conséquente, se font de plus en plus présents dans le discours professionnel. Mathieu (1991) soulève le dilemme : les professions doivent-elles devenir interchangeables ou clairement complémentaires ? Ce questionnement face à l'homogénéisation

des pratiques et des appellations illustre la confusion existante sur l'identité professionnelle:

« Comment (...) un travailleur social peut-il développer une identité professionnelle forte, et son corollaire, une confiance subjective et objective en sa compétence professionnelle ? » (Larivière, 1995 ; p. 20).

Sur son site Internet, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec rappelle le rôle et la mission du travail social, selon la proposition d'un groupe de travail du gouvernement du Québec :

« L'exercice du travail social consiste à évaluer les besoins psychosociaux et communautaires, à déterminer les stratégies et les plans d'intervention, à en assurer la mise en œuvre afin de rétablir ou d'améliorer le fonctionnement social des personnes, des familles et des collectivités. » (Bernier, 2001 : Résolution 52)

Et cette mission, plus particulièrement lors d'une période de crise, oriente les interventions de ces professionnels :

« Le travailleur social est un professionnel qui possède une formation universitaire reconnue en service social. Il peut intervenir auprès des individus, des couples, des familles, des petits groupes et des collectivités. Il a les connaissances nécessaires pour évaluer et mobiliser les capacités d'une personne afin de [...] soutenir les victimes vivant des difficultés reliées à un événement traumatique et de promouvoir un retour à l'équilibre antérieur. [...] Car les valeurs fondamentales et les principes de la profession sont entre autres, la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer, et le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination. » (OPTSQ., 2002).

Cette mission place donc les travailleurs sociaux au premier plan de l'intervention de crise en les reconnaissant comme acteurs dans la dispense des services sociaux alors essentiels. Par leur expertise et leur approche écologique et préventive, ils projettent du service social et d'eux-mêmes une image actuelle, et se reconnaissent comme agent de changement social en

animant le changement aux niveaux micro et macro-systémiques (Rondeau, 2002 ; Zakour, 1996).

Le rôle des intervenants sociaux comporte aussi un mandat préventif. Leurs recommandations à la suite de désastres pourraient inciter les autorités visées à mieux planifier les plans d'urgence au sujet de désastres appréhendés. Les intervenants sociaux apportent des données pertinentes aux recherches, aux politiques et aux services offerts aux communautés ; leur lecture globale des événements individuels et communautaires encourage la création de noyau d'intervenants issus du milieu. Dodds et Nuehring (1996) proposent aux écoles de service social d'accorder une attention particulière à ces nouveaux besoins en préconisant :

« ...a conceptual framework and specific tactics intended to position them for much needed research roles in response to natural or technological disasters »(Dodds, Nuehring, 1996, p. 27).

Depuis maintenant quelques années, on reconnaît la nécessité de faire appel aux travailleurs sociaux lors de sinistres et de tragédies. À travers leur expertise, les travailleurs sociaux apportent un éclairage particulier à l'évaluation et à la coordination des situations d'urgence, ainsi qu'à l'organisation communautaire et à l'action sociale des communautés victimes de ces crises. Roberts le souligne d'ailleurs :

« The social worker must be considered an integral part of the trauma team. [...] Effective intervention with trauma survivors in crisis requires a careful assessment of individual, family, and environmental factors. » (Roberts, 2000 ; p. 401-402)

Qui plus est, la vision et l'expertise qu'ils ont développées dans la coordination et la prestation diligente des services évitent que s'installe un « second désastre ». Cette situation se présente parfois dans les difficultés appréhendées par le fait d'avoir à affronter les diverses problématiques consécutives au premier désastre, tels les efforts de rétablissement d'une vie normale, la reconstruction d'un chez-soi, l'affrontement avec la

« bureaucratie » des assurances, tout autant que les anniversaires douloureux des événements et les effets des interventions plus ou moins heureuses des groupes de support. (Dodds, Nuehring, 1996 ; Lefebvre, 2000).

En 1990, la configuration des services sociaux se modifie à nouveau au Québec. La période de restriction financière que vit l'État a fait en sorte que les services sociaux soient dévolus de manière plus pressante aux CLSC, lesquels se sont engagés envers les populations de manière tangible et avec un souci constant des besoins exprimés. Plus particulièrement, les travailleurs sociaux s'associent aux gens en transmettant des informations éducatives via les réseaux sociaux, les dirigeants [*leaders*] de la société et les aidants naturels :

« Social workers change organizations, inter-organisational networks, communities, and larger social structures to improve disaster preparedness and mitigation. » (Zakour, 1996 ; p. 12)

1.2 - LA FORMATION POUR ASSUMER LES RÔLES LIÉS À L'INTERVENTION EN CONTEXTE DE SINISTRE.

La formation offerte aux futurs professionnels du travail social consiste en des études de 1^{er} et 2^e cycle, soit un baccalauréat et une maîtrise. Le programme de formation du baccalauréat vise à préparer les travailleurs sociaux à acquérir les connaissances de base et celles spécifiques à la pratique de la profession. La capacité d'analyser de façon critique les situations individuelles et collectives et de proposer des solutions prenant en compte l'ensemble des composantes est centrale. (Université de Montréal, 2002) Par ailleurs, les objectifs de formation de la maîtrise sont orientés vers le développement d'une réflexion critique à propos des fondements théoriques et philosophiques du service social, des principes et des méthodes de pratique, ainsi que des conditions institutionnelles de cette

pratique. Il permet également l'acquisition d'habiletés techniques et analytiques particulières à une approche ou à un champ spécifique du travail social au moyen d'un stage sur le terrain. (Université de Montréal, 2002 ; Rosen, 1999). Notons, par ailleurs, que la formation initiale semble définie autrement au Canada anglais et aux États-Unis. En service social, le Canada anglais exige un baccalauréat mais de quatre ans, alors qu'aux États-Unis, le diplôme de maîtrise est plus fréquemment exigé.

En reconnaissant à l'expérience professionnelle la possibilité d'utiliser d'une autre manière les connaissances apportées par la théorie, (Rondeau, 2002 ; Dorais, 2001), les travailleurs sociaux font preuve d'adaptation, en utilisant les savoirs acquis de l'action, pour les adapter aux connaissances théoriques.

« Adaptation signifie la capacité d'assimiler de nouveaux contenus et d'accommoder des stratégies d'intervention, [et la possession d'un niveau de maîtrise et d'expertise] qui permette non seulement de les utiliser, mais aussi de les modifier. » (Mathieu, 1991 ; p. 21)

Confrontés à des situations d'urgence, les travailleurs sociaux se doivent de posséder les connaissances et les habiletés nécessaires pour faire face à ce type particulier de besoins. À ces occasions, ils démontrent l'efficacité procédant de l'interaction entre le savoir, le savoir-être et le savoir-faire, en vue de faciliter et d'accélérer un retour à l'équilibre dynamique des gens victimes d'un événement traumatisant. Bell soutient que :

« Among mental health professionals, social workers have unique qualifications of perspective, skills and training – derived from their educational program leading to the master's degree in social work – that make them the profession of choice to develop and lead debriefing team. » (Bell, 1995; p.41)

Cependant, les travailleurs sociaux ne recevant pas de formation spécifique aux mesures d'urgence durant leur formation académique, des formations additionnelles d'appoint (Rondeau et Michaud, 2000) sont indispensables

avant que ceux-ci soient en mesure d'intervenir adéquatement suite à un sinistre et d'y conduire, par exemple, des sessions de debriefing (Bell, 1995). En 1994, le MSSSQ a ainsi développé un programme de formation à l'intention des intervenants sociaux œuvrant en CLSC intitulée « *L'intervention socio-sanitaire dans le cadre des mesures d'urgence* ». La responsabilité de ces formations en mesures d'urgence – volet psychosocial relève des CLSC, qui doivent s'assurer de former tous leurs intervenants sociaux.

Requise initialement lors d'interventions d'urgence, la formation Intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence – volet services psychosociaux se distingue par l'approche globale des différentes composantes évaluées lors de l'intervention en situations de sinistres, soit les types de sinistres, les types de clientèles, et le contexte d'intervention psychosociale, soit l'action immédiate, l'action transitoire et le programme de retour à la vie normale. Les buts des interventions et des activités lors de ce programme de formation sont de restaurer et d'accroître les sentiments de sécurité, de confiance, de compétence, d'estime de soi, d'autonomie et d'affirmation de soi des victimes, tout en favorisant le processus d'intégration de l'événement. (MSSSQ, 1994 ; Santé Canada – Santé nationale et Bien-être social, 1994)

En complément à cette formation s'ajoute l'Intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence – volet services psycho-sociaux l'Initiation à la pratique de la verbalisation sur l'événement en situations de sinistre. Cette formation porte principalement sur l'acquisition d'habiletés permettant aux travailleurs sociaux d'offrir un encadrement aux victimes, afin de les supporter dans l'expression de leurs sentiments. (MSSSQ, 1998)

Accessoirement est proposée une formation intitulée Intervention psychosociale en mesures d'urgence - Intervention post-traumatique, qui offre à l'étape du retour à la vie normale, un service de consultation individuelle adaptée au contexte. C'est une intervention qui vise à réduire les

symptômes du stress post-traumatique et à redonner à la victime la capacité d'agir sur sa vie et d'en reprendre le contrôle. (MSSSQ, révisé 1999)

1.3 – LES SINISTRES : NATURE ET IMPACT.

1.3.1 – Le contexte physique.

Les sinistres étant par nature concentrés dans le temps et l'espace, la soudaineté et la violence qui les caractérisent constituent en quelque sorte leur réalité première. Les classifications des sinistres élaborées par les auteurs, vont varier beaucoup, dépendamment des causes et des effets, du nombre de morts et/ou de blessés, du degré d'implication personnelle et des problèmes, sociaux et de santé, consécutifs au sinistre. Figley a produit une classification des sinistres (Tableau 1 - Classification des sinistres – 1995) ; elle propose les différentes formes que peuvent prendre un sinistre, conjuguant des éléments primaires et des causes secondaires,. Par la suite, certains auteurs vont préciser les variables auxquels ils vont se référer pour les différencier, abordant alors un point de vue plus sociologique : les catégories de sinistres se distinguant par leur impact sur la dynamique sociale (Brunet, 1996) ou sur les mécanismes de régie de nos sociétés (Parkes, 1997). Pour Berren et al (1980), le type, la durée, le degré d'impact personnel, le potentiel d'occurrence et le contrôle futur de la communauté victime constituent la grille d'analyse de différenciation des sinistres. Se situant à une période de temps indéterminé après l'événement, le dernier élément commun aux différentes classifications des catastrophes représente le point critique, caractérisant le moment où on peut considérer que les éléments les plus pénibles étant survenus, la réalité des perturbations et des dommages est la plus incontestable. Cette prise de conscience de l'ampleur de la catastrophe se situe généralement à la période rapprochée, selon les périodes d'intervention admises dans la littérature.

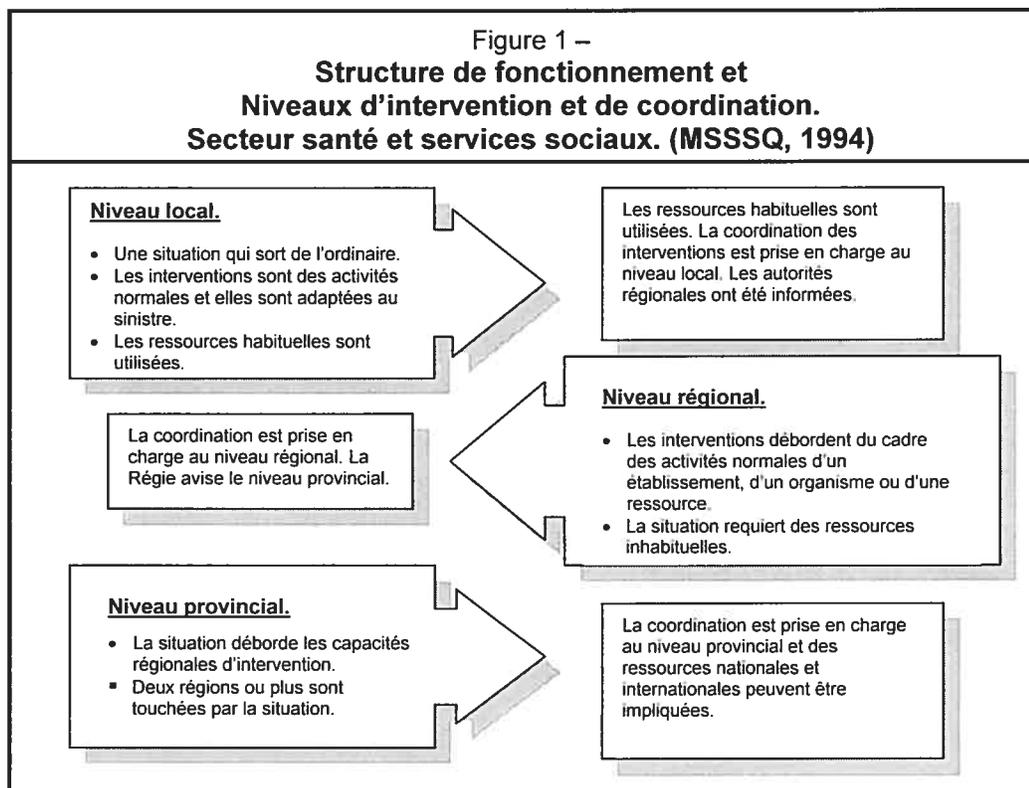
Tableau 1 – Classification des sinistres. (Figley, 1995) (Tableau produit en traduction libre)		
Éléments primaires	Causes primaires	
Terre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avalanche ▪ Tremblement de terre ▪ Glissement de terrain ▪ Éruption volcanique ▪ Sédiments minéraux toxiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Négligence environnementale ▪ Accidents de transports (routier, ferroviaire) ▪ Pollution radioactive ▪ Déchets toxiques
Air	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blizzard ▪ Cyclone ▪ Tempête de poussière ▪ Ouragan ▪ Chute d'un météorite ▪ Tornade ▪ Réchauffement climatique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accident aérien ▪ Détournement d'avion ▪ Accident spatial ▪ Pluie acide ▪ Nuage radioactif ▪ Pollution urbaine (<i>urban smog</i>)
Feu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foudre ▪ Incendie de forêt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incendie dû à la négligence
Eau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécheresse ▪ Inondation ▪ Tempête de neige ▪ Raz-de-marée ▪ Pluie verglaçante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accident maritime ▪ Rupture de barrage
Humains	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladie endémique ▪ Épidémie ▪ Famine ▪ Surpopulation ▪ Fléau (Peste, choléra...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guerre - Guérilla – Lutte armée ▪ Attaque bio-terroriste ▪ Prise d'otage – Terrorisme ▪ Contamination ▪ Torture ▪ Émeute

1.3.2 – Le contexte gouvernemental.

Actuellement, lorsqu'un sinistre se produit au Québec, le Ministère de la santé et des services sociaux, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S - 4.2, article 80), doit s'assurer que la population bénéficie des services essentiels en santé et services sociaux. Le MSSSQ, en ce qui concerne l'organisation des mesures d'urgence, fait en sorte que les services soient disponibles et accessibles à la population sinistrée, en s'engageant à ce que soit développée une réponse qui tienne compte des besoins en matière de santé physique, de santé publique et de santé psychosociale, pour toutes les localités du Québec.

Par ailleurs, pour assurer des services efficaces avant, pendant et après un événement traumatisant, il faut que les intervenants sociaux, appelés à

s'impliquer, connaissent bien la structure, l'organisation et le fonctionnement des mesures d'urgence. C'est ainsi qu'au Québec, le MSSSQ s'est donné une structure de fonctionnement, selon la gravité de l'urgence rapportée. Lorsqu'un événement concerne une seule municipalité, la prise en charge demeure locale. C'est la mairie de la municipalité qui est responsable des services d'urgence. Le CLSC est responsable des services psychosociaux, tandis que la Régie régionale de la santé et des services sociaux est seulement avertie de la situation. Si l'événement touche plus d'une municipalité, les mairies respectives sont responsables des services d'urgence, la Régie régionale prend en charge l'organisation des services psychosociaux et on informe le Ministère de la santé et des services sociaux (Québec). Enfin, si le sinistre est majeur, comme cela s'est produit en Montérégie en 1998, c'est le niveau provincial qui se charge de l'organisation de l'ensemble des services. Il est aussi possible de demander l'aide du niveau national et même international. La figure suivante illustre ce concept d'organisation (Figure 1. – Structure de fonctionnement et Niveaux d'intervention et de coordination – Secteur santé et services sociaux).



De plus 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. [alors que la Protection civile du Canada définit] une urgence comme 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. » (Maltais et al, 2001a, p. 24-25).

De plus, l'urgence en cas de sinistre diffère des urgences quotidiennes, notamment par le grand nombre de personnes affectées, l'envergure de l'événement, l'extrême urgence de l'action, la grande quantité de ressources à investir, le débordement des cadres habituels d'intervention, la réalisation de tâches non familières et la mobilisation et la coordination de ressources non habituées à travailler ensemble et dans un tel contexte. (MSSSQ, 1994).

1.3.3 – Le contexte individuel.

Les sinistres produisent des impacts multiples sur les victimes : leurs croyances, leurs états de santé mentale ou physique, leurs expériences de vie tout risque d'être ébranlé. (Lalande, Maltais, Robichaud, 2000 ; De Clercq, 1999 ; Lebigot, 2002). L'ampleur d'un sinistre peut avoir des conséquences importantes sur la réaction des gens et sur le type d'aide requise. Voici une courte liste d'éléments qui peuvent influencer sur les réactions des victimes et faire varier considérablement le type de services et la rapidité avec laquelle on se doit d'intervenir :

- L'importance des pertes de vies et le nombre de blessés.
- La connaissance d'un danger (l'ignorance d'un danger peut se révéler anxiogène).

- Le risque périodique, et le degré de manque de préparation au niveau individuel et communautaire.
- La gravité de l'impact et l'effet sur le fonctionnement de la communauté.
- La menace pour la vie, la possibilité de fuite ou pas, durant ou immédiatement après le sinistre.
- La destruction de la propriété et les pertes matérielles.
- Les dommages aux structures de la communauté. (Figley, 1995).

Le type et la rapidité de l'impact, tout autant que le manque de temps pour s'y préparer, influenceront la capacité d'adaptation de l'individu pour y faire face.

Pour la victime, un sinistre, c'est l'indicible, l'impensable qui se produit : c'est un événement qui dépasse sa capacité à maîtriser sa réalité. Cette intrusion brutale dans son environnement fait en sorte que la victime se sent débordée et submergée par la soudaineté et la violence de cet événement (Savary, 2001). Cet aspect de non-préparation lui fait ressentir son impuissance.

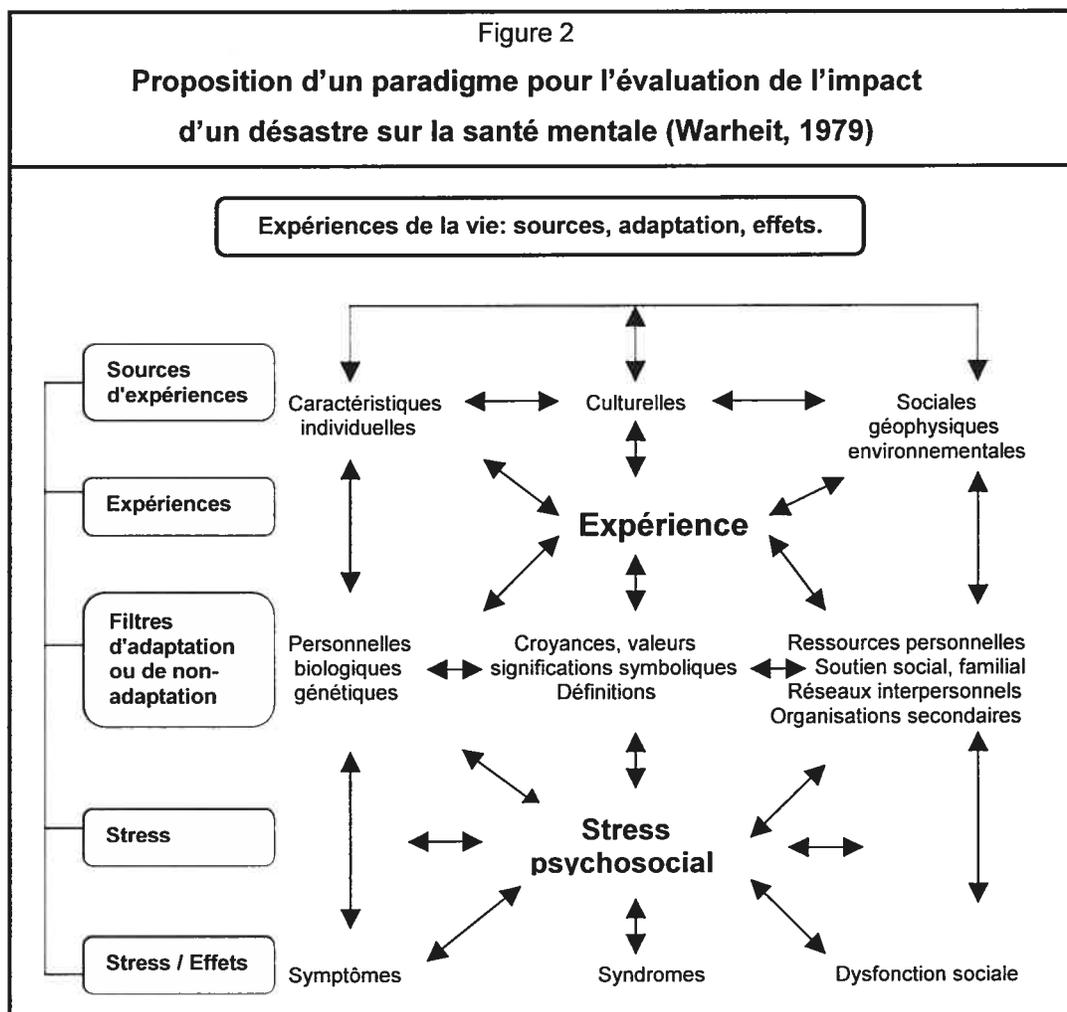
La planification, au niveau de l'organisation des services, permettrait aux intervenants sociaux de s'intégrer à l'équipe de gestion de crise (De Clercq, 1999). Leur expertise des multi-clientèles typiques de ces centres de crise faciliterait, aux gestionnaires de ces centres, l'organisation de services appropriés selon le groupe d'âge, pour une population scolaire, adulte ou âgée. Par leur formation et leur expérience, les travailleurs sociaux sont en mesure d'anticiper la réaction des différents groupes d'âges, ainsi que la réaction multidimensionnelle - sociale, comportementale et cognitive - suite aux différents niveaux de pertes (Katz, Florian, 1986) à l'égard de désastre subi :

« Celui-ci emploie ses compétences à améliorer la qualité de vie des enfants et des adolescents dans leurs relations avec leur entourage, à aider à harmoniser les relations entre conjoints, et/ou les enfants avec leurs parents. Il intervient

aussi dans le processus de réadaptation des personnes psychiatriquées, handicapées, atteintes de maladie grave ou en perte d'autonomie. Il peut soutenir un regroupement de personnes souhaitant amorcer une démarche collective. Enfin, il possède les compétences pour soutenir les victimes vivant des difficultés reliées à un événement traumatique et promouvoir un retour à l'équilibre antérieur » (OPTSQ, 2002).

Pour sa part, Warheit (1979) fournit un modèle d'évaluation pour l'estimation de l'impact des désastres. *A propositionnal paradigm for estimating the impact of disaster on mental health* (Figure 2) est reproduit ici, pour comprendre ces facteurs et leurs relations. Ce modèle à large spectre donne une image réaliste de l'interaction des différentes composantes de la structure de la personnalité humaine affectée par le sinistre, et des relations systémiques unissant les ressources d'adaptation, le stress et les conséquences du stress. La richesse des expériences de vie, les croyances dynamiques et la présence - ou l'absence - de réseaux interpersonnels influencent significativement sur les réactions des victimes. Ce modèle, servant à la mesure de l'impact d'un désastre, s'apparente un schéma des éléments sur lesquels s'appuie le concept de résilience.

L'étymologie du mot renvoie à l'idée de «résistance au choc » et à celle de «répétition » par son préfixe «re ». Elle serait perçue non pas comme une "résistance" au trauma, mais comme une capacité à intégrer l'expérience subie. (Roberts, 2000) Le concept de résilience fait une entrée remarquée parmi les chercheurs, lesquels y voient une avenue parmi d'autres, pour optimiser de manière dynamique leurs thérapies. Ce point de vue sur les forces des victimes constituerait une approche axée non plus sur les déficits et les symptômes, mais sur les ressources (Delage, 2001 ; Vermeiren, 2001). Les réseaux psychosociaux tissés autour de la victime favoriseraient l'émergence d'une habilité résiliente (Cyrułnik, 2002).



À la suite d'un sinistre, la plupart des personnes touchées arrivent à retrouver leur niveau de fonctionnement antérieur. Les intervenants sociaux, grâce à leur formation, sont en mesure de permettre aux personnes fragilisées par la situation, d'identifier les éléments principaux de la crise qu'ils vivent et d'y rattacher une réponse appropriée. (Seroka, Knapp et Knight, 1986 ; Berren, Beigel et Ghertner 1980).

1.4 - LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.

La reconnaissance officielle des troubles de stress post-trauma et la spécification de leurs symptômes, nécessaires à leur diagnostic, ont été légitimés au sein du DSM-III (American psychiatric Association en 1980). Cette reconnaissance a permis de stimuler le milieu en suscitant des recherches scientifiques dans plusieurs domaines des sciences de la santé. Le trouble du stress post-traumatique (TSPT) est un désordre susceptible d'apparaître lorsqu'un individu est exposé à un événement dont l'ampleur dépasse son expérience subjective usuelle. On peut regrouper ses symptômes en trois catégories :

- 1- Reviviscences de l'événement sous toutes ses formes.
- 2- Évitement des stimuli associés à l'événement.
- 3- Hyperactivité neurovégétative. (Brunet, 1993)

Les nombreux symptômes observés chez les victimes de sinistres incarnent la réaction normale d'un être humain à une situation anormale et exceptionnelle. Cette attitude d'acceptation et de reconnaissance autoriserait une distanciation et limiterait la propension à étiqueter ces réactions de "chroniques" ou de "pathologiques" : c'est la situation qui est *a-normale*, pas les réactions des victimes (Savary, 2001). Considérées de ce point de vue, ces réactions permettent la reprise en main de ressources insoupçonnées, ressources parfois rendues latentes par le contrôle social (Lefebvre, 2000).

Il faut cependant rappeler que cette définition de l'état de stress post-traumatique (ESPT) ne fait pas l'unanimité parmi les professionnels de la santé. En effet, les symptômes par lesquels les victimes de stress post-traumatique décrivent leur mal-être empruntent très souvent les caractéristiques de plusieurs autres troubles de santé mentale (McMillen, North, Smith, 2000 ; Lefebvre, 2000). Cet état de fait met aussi en lumière un

aspect peu documenté de cette réalité : la présence de prémorbidité et de comorbidité importantes liées à l'ESPT, ainsi que les éléments retenus – le faible statut socio-économique en regard des possibles ressources – pour établir la pré-vulnérabilité à ces situations (McLeod, Kessler, 1990). Des recherches fondées sur une distinction claire et précise entre les différentes catégories de symptômes (Keane, 1989 ; Horowitz, 1986) et leur recoupement avec ceux déclarés par les victimes, tout autant que d'autres portant sur les éléments qui fragilisent certaines victimes – l'état de santé après une catastrophe impliquant des pertes importantes, par exemple (Maltais, Lachance, Brassard, 2002), permettront de faire progresser notre compréhension de l'ESPT. Cependant, certains auteurs, dont Young (1996) et Crocq (1996) entre autres, requestionnent le sujet en adoptant un point de vue divergent à ce sujet. En transposant les aspects prépondérants de l'ESPT vers la victime du trouble, ils mettent en lumière certains fondements de la responsabilisation de l'individu. Quoiqu'il en soit, les caractéristiques diagnostiques auxquelles cette recherche se référera seront celles définies par le DSM-IV, pour qui le stress traumatique est :

- « Le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ;
- [...] ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne;
- [...] ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou quelqu'un de proche ». (DSM-IV, 1996; p. 498)

Parce que le dysfonctionnement inhérent au trouble de stress post-traumatique influence la santé biopsychosociale des victimes (Maltais et al, 2000), il peut compromettre leurs conditions de vie et leurs dynamismes sociaux et familiaux (perturbations affectives, cognitives et psychosociales). Il est fréquent que ces diverses réactions interfèrent avec les relations

interpersonnelles et mènent à des sérieuses difficultés conjugales et familiales, au recours à des substances qui camouflent le stress - drogue, alcool et médicament (Green, 1994) et à des problèmes de santé mentale (dépression, trouble panique et phobies), et parfois aussi à la perte d'emploi. De plus, la personne victime du trouble de stress post-traumatique est perturbée au point que sa détresse est habituellement accompagnée de crises d'anxiété ou de panique (Green et al, 1992). Il arrive aussi que les victimes vivent un pénible sentiment de culpabilité (Daligand, 2001). Souvent s'installe aussi en plus un sentiment d'incommunicabilité.

Pour saisir la nature de ces désordres, plusieurs types de clientèles ont été étudiés, dont les enfants plus particulièrement. Ces études révèlent une variété de symptômes importants et diversifiés, tels les cauchemars, les insomnies et la peur de se retrouver seul. En établissant une parallèle avec les réactions des adultes, force est de constater que les mêmes symptômes physiques, psycho-émotionnels, comportementaux et cognitifs sont présents. On a réussi à établir une constante dans l'apparition de ces problèmes, révélant un lien entre le sexe des victimes, le type de blessures encourues, ou la mort d'un membre de la famille ou d'un ami - et le tout en rapport avec le degré d'implication face au sinistre. (Seroka, Knapp, Knight, 1986).

Parmi toutes les populations affectées par un sinistre, les personnes âgées, les groupes ethniques, les populations à faible revenu, tout comme les amérindiens, les personnes institutionnalisées ou incarcérées, et les itinérants sont les groupes les plus vulnérables; cependant, peu d'études portent particulièrement sur l'état de santé et de bien-être de ces groupes à risques (Lefebvre, 2000 ; Tarquino, 2002). Par ailleurs, il est généralement reconnu que ce sont les plus démunis au point de vue socio-économique, culturel (Tarquino, 2002) et psychologique (Côté, 1996), qui seront à plus long terme les grandes victimes des catastrophes.

« 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 » (Maltais, Robichaud, Simard, 2001a; p. 234).

Les connaissances empiriques aux niveaux micro, mezzo et macro des phénomènes bio-psychosociologiques entourant les désastres sont tantôt entretenues par une absence de culture de sécurité civile (Commission Nicolet – Rapport public, 1999), ou parfois encore, compromises par des a priori ou des généralisations, la couverture de ces événements portant trop souvent sur des populations et des systèmes traditionnellement étudiés. (Tarquino, 2002 ; Zakour, 1996)

Mais pour la majorité des gens chez qui les symptômes et problèmes persistent plusieurs mois après le traumatisme, le passage du temps n'entraînera de rétablissement que s'il y a traitement. Certaines personnes présenteront des dysfonctionnements qui peuvent devenir chroniques, et leurs symptômes, persistant plus de trois mois, seront considérés comme chroniques selon la classification du DSM-IV (MSSSQ, 1998).

En se dotant d'outils lui permettant d'explorer ce concept de manière multidimensionnelle, Katz (1986) a conçu un modèle applicable à trois types de pertes les plus fréquentes, soit les pertes interpersonnelles dues à la mort ou à la séparation, la perte d'un membre ou de sa fonction ou encore la perte de son environnement de vie. Les réactions à ces pertes se répercutent selon des stades connus:

- Réaction primaire à la perte : le choc, le deuil et l'adaptation
- Réactions communes à toutes situations de chocs, soit le chagrin, l'abattement et la reconsidération du sens de la vie.
- L'altération des facteurs déterminants l'identité personnelle, soit les références familiales et l'environnement socioculturel. (Katz, 1986).

L'impact de certaines composantes intrinsèques au déroulement d'un sinistre marque et déstabilise les victimes. Ce qui se passe dans les moments qui suivent le traumatisme détermine de manière prépondérante la vigueur qui sera - ou non - déployée pour faire face à la situation. C'est pourquoi la compréhension de ces éléments est déterminante pour les victimes dans leur capacité à intégrer cet événement dans leur vie. Une compréhension psychodynamique du vécu traumatique ne pourrait qu'enrichir nos interventions. Les interventions mal ciblées, la méconnaissance des antécédents psychopathologiques des victimes, tout comme un diagnostic sommaire de l'histoire personnelle – au sens de la compréhension de la vulnérabilité antérieure – favoriseraient même l'apparition de dysfonctionnements connus. Malheureusement, suite à un événement traumatisant, le trouble du stress post-traumatique (TSPT) serait fréquemment mal diagnostiqué, car les intervenants eux-mêmes éprouvent des difficultés à reconnaître la présence de ce syndrome. (Mitchell, 2002 ; Gagnon, 1999 ; Penneweart, 1999)

1.5 - LES MODÈLES D'INTERVENTION COMME OUTILS.

En tenant compte de la psycho-dynamique antérieure et actuelle des victimes d'événements traumatiques, les travailleurs sociaux doivent préconiser un modèle d'intervention qui amenuiserait le trouble de stress post-traumatique (TSPT). La méthode de service social en étant une clinique - c'est-à-dire qu'elle vise un traitement – l'approche ou le modèle utilisé par le travailleur social le guidera dans son plan d'intervention, alors qu'il recueillera les données, élaborera son hypothèse, et choisira les objectifs, stratégies et techniques qui conviendront aux problèmes rencontrés. Ses interventions professionnelles en découlant, il pourra par ailleurs choisir d'utiliser certaines techniques – par exemple, la technique de la verbalisation – comme outils de promotion et d'amélioration des conditions de vie de la victime

1.5.1 – Les étapes dans la recherche d'aide.

Les différentes étapes dans la recherche d'aide clinique établissent le cheminement préalable à parcourir avec la victime, quel que soit le modèle d'intervention à prévoir par le travailleur social pour lui venir en aide. Ces quatre étapes sont les suivantes :

- 1- « La première consiste en ce que la personne soit consciente de sa détresse ; la présence de symptômes ne garantit pas la prise de conscience qu'il y a détresse.
- 2- Si la personne reconnaît sa détresse, il importe de connaître l'interprétation qu'elle fait de son problème.
- 3- Son problème étant défini, reste à voir l'ordre des solutions qu'elle considérera pour le régler. Différentes options peuvent se présenter.
- 4- La mise en action de mécanismes d'affrontement à partir du ou des moyens choisis entraînera une réévaluation de la validité des moyens actualisés, eu égard à la réduction de sa détresse. » (Yates et *al.* ;1989, in Lefebvre, 2000 : p. 21).

À ces considérations, il sera indispensable que l'intervenant social connaisse non seulement les symptômes de stress post-traumatique, mais aussi qu'il distingue les multiples réactions biopsychosociales chez les victimes, entre autres :

- les réactions physiques : la fuite ou lutte, tremblements, nausées, tension musculaire...
- les réactions psycho-émotionnelles : l'angoisse profonde, les sentiments d'impuissance, de fragilité, de vulnérabilité ; la stupeur provoquée par l'événement.
- les réactions cognitives : la difficulté à prendre des décisions, la confusion, la rationalisation de la situation.
- les réactions comportementales : poser des gestes héroïques ou être figé, établir des mesures de protection de nos proches.

Une personne en état de déséquilibre majeur aura sans doute besoin d'être accompagnée dans sa démarche de rétablissement, en vue de retrouver son équilibre d'avant le traumatisme. Par une approche respectueuse des dynamiques de la victime, le travailleur social proposera à celle-ci une démarche préalable de mise à jour des faits lui permettant de formuler une interprétation appropriée de son problème et ainsi, d'acquiescer à l'offre d'assistance. Une fois cette étape franchie, le travailleur social utilisera les modèles d'intervention qui correspondront le plus possible au problème à résoudre et qui tiendront compte de l'évolution du problème qui affecte cette victime.

1.5.2 – Identification d'un état de crise.

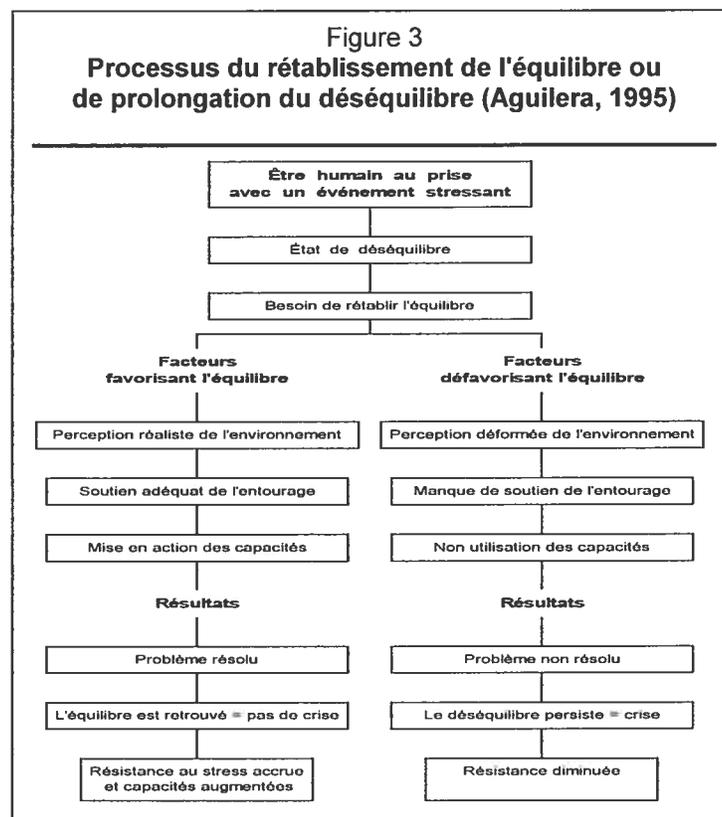
De prime abord, il est important de comprendre qu'un événement traumatisant peut provoquer un état de stress intense, perturbant la capacité d'ajustement de la victime. Celle-ci se trouve à un tournant décisif : elle affronte un problème qu'elle ne peut résoudre en appliquant ses mécanismes de défense habituels, jusqu'alors efficaces (Roberts, 2000). En conséquence, la tension et l'anxiété augmentent, rendant la victime inhabile à trouver une solution. Se sentant impuissante et désarmée, la personne est paralysée par un état de choc émotionnel important et se sent incapable d'agir par elle-même pour résoudre son problème. (Aguilera, 1995). En outre, une situation de crise peut apparaître pendant la vie d'un individu, d'un groupe, d'une communauté ou d'une nation à la suite d'un événement traumatique majeur ou d'une accumulation d'événements stressants.

Durant une période de crise chez cet individu, le fonctionnement habituel est rompu et les comportements d'adaptation sont inadéquats. Selon Caplan (1964), un événement imprévu déclenche la crise - période d'impact. La perception de cette crise - la période de recul - peut représenter pour celui-ci une menace envers ses besoins vitaux, et l'incapacité ou l'impossibilité d'y

faire face avec ses mécanismes d'adaptation habituels représente la période post-traumatique. La crise se trouve donc limitée dans le temps, et la période de bouleversement aigu variera de 4 à 6 semaines. La victime réagira ainsi :

- L'événement traumatisant crée une tension qui augmente dès que l'individu met en marche ses techniques connues de résolution de problèmes.
- S'il n'arrive pas à résoudre le problème, la tension chez celui-ci va augmenter et provoquer un sentiment d'impuissance et une perturbation émotionnelle.
- L'extrême intensité de son incapacité va mobiliser ses ressources internes et externes.
- Enfin si le problème est non résolu, cette situation va provoquer un état de désorganisation majeure. (Roberts, 2000)

Par contre, l'individu peut aussi réagir de façon positive à un stress important : le tableau suivant schématise les deux alternatives que peut prendre ce processus :



1.5.3 – Les méthodes d'intervention proposée.

Chaque approche privilégie une ou des théories qui lui fournissent des hypothèses sur lesquelles peuvent s'appuyer hypothèses de travail et déroulement du traitement. Les modèles d'intervention et les techniques d'intervention sont parmi les méthodes d'intervention utilisées par les travailleurs sociaux. Parmi les modèles, on retrouve l'intervention de crise, l'intervention psychosociale, l'intervention communautaire, l'intervention en vue d'une résolution de problèmes et l'intervention cognitivo-comportementale. Au nombre des techniques d'intervention figurent la pratique de séance de la verbalisation (*debriefing*), l'intervention de soutien et l'intervention post-traumatique.

1.5.3.1 - L'intervention de crise.

L'intervention de crise met l'emphase sur la mobilisation des capacités personnelles de la victime vivant un moment de crise, en vue de résoudre sa crise. Aguilera note que

« L'intervention en situation de crise découle logiquement de la psychothérapie brève. L'objectif thérapeutique minimal de cette intervention est la résolution psychologique immédiate de la crise et le recouvrement d'un niveau de fonctionnement au moins égal à celui qui existait avant la crise. » (Aguilera, 1995, p. 25)

Cette forme d'intervention est axée sur l'apprentissage de nouveaux modes d'adaptation et permet d'identifier la personnalité, les modèles d'adaptation habituels, le potentiel de réponse à un élément agressant et les ressources personnelles du client pour y répondre. (Johnson, McClelland, Austin, 2000).

L'intervention en situation de crise se fonde sur les bases théoriques traditionnelles de la pratique psychosociale. La prise en charge du problème s'organise autour de ces stades de développement de la démarche d'aide :

- Identifier l'élément déclencheur à la crise.
- Évaluer avec soin les situations où la personne pourrait présenter un risque de dangerosité pour elle-même ou pour les autres et y parer le cas échéant.
- Évaluer les éléments pertinents au problème en se centrant sur la situation immédiate.
- Évaluer la perception de la situation par la victime, de sa connaissance du problème et de ses réactions émotives provoquées par la crise.
- Planifier l'intervention thérapeutique, en évaluant les différentes solutions possibles.
- Amorcer l'intervention, redéfinir et clarifier le problème, explorer des solutions possibles et proposer des directives à la victime.
- Évaluer les résultats obtenus et en cas de besoin, expérimenter d'autres solutions.
- Explorer, par un bilan, les résultats obtenus en renforçant les mécanismes d'adaptation utilisés efficacement dans le passé. Au fur et à mesure que les capacités d'adaptation de la personne changent positivement, il convient d'en confirmer les progrès, et montrer à la personne que cette crise résolue peut servir pour des crises ultérieures (Golan 1978).

La théorie de l'intervention en situations de crise s'est développée à la suite d'études (Lindemann, Caplan, 1965; Rosenfield, Caplan, 1954), faites sur des communautés, des groupes ou des individus affrontant des catastrophes ou des situations d'extrêmes tensions. (Du Ranquet, 1981). Des études cliniques faites sur des personnes subissant des stress individuels importants - opération, accident, deuil - ont également servi. (Du Ranquet, 1981). Par ailleurs, il faut noter que l'intervention en situation de crise ne s'applique

qu'en situations d'urgence, avec toute l'assistance logistique nécessaire à sa pleine efficacité.

« L'intervention de crise découle logiquement de la psychothérapie brève. L'objectif thérapeutique minimal de cette intervention est la résolution psychologique immédiate de la crise, et le recouvrement d'un niveau de fonctionnement au moins égal à celui qui existait avant la crise.» (Aguilera, 1995, p. 25)

1.5.3.2 - L'intervention psychosociale.

Qualifiée comme l'une des plus anciennes approches du travail social, l'approche psychosociale se réclame de la théorie des systèmes, que ce soit pour la collecte de données, la formulation du diagnostic ou l'élaboration du plan d'action. (Hollis, 1969). Ce modèle considère l'ensemble de la personne en interaction avec son environnement ou écosystème individuel (Duss - Von Werdt, 1991). L'accent porte sur le moi et ses mécanismes d'adaptation.

L'intervention psychosociale est basée sur le diagnostic et l'orientation, alors que l'évaluation s'appuie sur la compréhension diagnostique - qui vérifie les faits - et la compréhension dynamique - qui pose la question : « Pourquoi le problème existe-t-il ? » Le diagnostic constituant le point central de cette approche, celui-ci permet d'établir un plan d'action et de l'exécuter de façon efficace. Essentiellement, il s'appuie sur l'observation et la compréhension du problème et de la personne en situation.

Par ailleurs, il sera préférable d'éviter de focaliser uniquement sur l'événement traumatique : ainsi, l'histoire sociale du client, le mode de structuration familiale, les antécédents psychiatriques constitueront des facteurs à investiguer et à travailler au cours de la thérapie. De plus, une attention doit être portée sur les ressources disponibles en termes d'aide professionnelle, de soutien social et familial, sur la reconnaissance de la gravité des faits par autrui et sur la possibilité de travailler en collaboration avec l'entourage. Le travailleur social pourra ainsi cerner le problème et les

éléments qui y contribuent, apprécier les ressources disponibles chez le client dans son réseau familial et social et proposer les changements qui pourront résoudre le problème ou l'atténuer.

« Because the psychosocial approach has emphasized the effort to ascertain the client's need beyond what he presents as his initial problem and has stressed the effort to understand causation, several types of questions are often raised about the extensiveness of the study :

- How far do you go into past history ?
- How deeply do you explore the personality ?
- How much do you examine facets of the client's life about which he is not asking for help ? ». (Hollis, 1969 : p.47)

Le traitement repose étroitement sur le diagnostic menant à faire ressortir les points forts et les points faibles de la personne et de son environnement, de déduire un certain pronostic, et de proposer un objectif au plan d'action. Comme pour d'autres approches, il sera approprié de susciter la motivation de la personne, mais aussi être conscient de ses résistances : la qualité de l'intervention psychosociale dépend de la relation thérapeute / client. Le travailleur social pourra de plus s'appuyer sur ses connaissances théoriques médicales, psychologiques, sociales, sur son expérience personnelle et professionnelle qui lui permettront de donner une signification aux données recueillies.

1.5.3.3 - L'intervention communautaire.

L'intervention communautaire est particulière aux travailleurs sociaux ; elle mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes, des communautés et des ressources issues d'elles, pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé (Gingras, 1988). La situation traumatisante étant le catalyseur qui révèle aux victimes leur pouvoir sur la situation et encourage le processus d'aide mutuelle, les objectifs de l'intervention communautaire visent à restaurer la capacité du milieu à se prendre en

charge, révélant ainsi des forces insoupçonnées chez les personnes et les communautés, que le contrôle social exercé quotidiennement par les pouvoirs en place rend passives, dépendantes et latentes. Il faut, comme intervenant, considérer les victimes d'un désastre comme des personnes ayant des ressources insoupçonnées pour affronter des situations jugées menaçantes ... et demeurer vigilant et circonspect pour ne pas qualifier d'anormales des réactions qui pourraient représenter des processus sains, transitoires et constructifs d'adaptation à des situations extrêmement stressantes, confrontantes, exceptionnelles et anormales. (Lefebvre, 2000). Or, l'intervenant stimulera l'éveil de ce sens de l'appropriation, cette capacité intérieure de rebondissement non seulement chez l'individu éprouvé mais aussi chez sa communauté. C'est ce que Rondeau qualifie «d'empowerment» (Rondeau, 2000). Le rôle de mobilisateur du travailleur social se double d'un rôle d'animateur, d'éducateur et de soutien technique. Le mobilisateur favorise la mobilisation des ressources de la collectivité afin d'en arriver à la résolution de ses problèmes : par son action, il devient la bougie d'allumage, permettant à la collectivité de redécouvrir son pouvoir d'action par le nombre. L'animateur se doit d'être à l'écoute du milieu, et l'aider dans sa prise de conscience des causes du problème et des solutions qu'il peut y apporter.

Le travailleur social qui veut promouvoir la prise en charge collective verra à utiliser ses compétences en intervention communautaire. En ayant recours à l'intervention communautaire, l'analyse du problème vécu par un individu doit tenir compte non seulement des caractéristiques personnelles mais aussi des caractéristiques sociales, économiques, politiques et culturelles de la communauté à laquelle il appartient :

« L'approche communautaire n'est pas seulement choisie pour des raisons d'efficacité et de commodité mais elle repose aussi sur la conviction que les personnes sont en interdépendance avec le milieu et qu'en conséquence, c'est dans cette dynamique que doit se situer l'intervention » (Gingras, 1988 : p. 23).

La pénurie de documentation pertinente et la nécessité d'étudier le milieu peuvent impliquer un investissement plus important dans l'étape de recherche préliminaire. Par ailleurs, certaines appréhensions - mauvaises expériences passées, peur de perdre le contrôle, crainte de revendications subséquentes de la part des personnes regroupées - en font hésiter plus d'un, quant à l'utilisation de l'intervention de groupe et l'intervention communautaire (Home, 1996).

Par ailleurs, le travailleur social peut aussi être appelé à animer des petits groupes d'entraide, qui prendront toute leur importance auprès d'une clientèle victime d'un sinistre.

« L'animateur, agissant comme guide, aidera à satisfaire les besoins et les intérêts des résidents, d'abord en les faisant s'exprimer et ensuite en soulignant leurs éléments communs pour orienter les énergies vers la réalisation de projets collectifs ». (Paré, 1971 : p.297)

L'intervention communautaire comme outil de changement social auprès d'une communauté est un catalyseur de premier choix à la conscientisation, à la solidarisation et à l'engagement des individus à l'égard de la collectivité. À la suite d'un événement traumatisant, tout comme l'individu, la communauté a besoin elle aussi d'une période d'assimilation de cet événement avant d'entreprendre une action collective. Ce recul permet à l'individu dans la communauté de prendre conscience, d'évaluer ses pertes pour réagir. Le processus d'adaptation chez cette personne peut évoluer vers une démarche en vue de retrouver l'équilibre antérieur à la crise et se joindre à la solidarité du groupe ou, à l'inverse, vers l'incapacité de cet individu à s'adapter, ce qui ne fera que le maintenir tel qu'il se perçoit, dans cet état de victimisation.

1.5.3.4 - L'intervention en vue d'une résolution de problèmes.

L'intervention en vue d'une résolution de problèmes ne cherche pas à atteindre un état d'équilibre définitif, mais à aider le client à résoudre certaines difficultés qu'il trouvait jusque là insurmontables. (Du Ranquet, 1981). Le problème identifié étant la difficulté telle qu'elle est pressentie, perçue et présentée par la personne. Ainsi, il sera avantageux de connaître la personnalité particulière de l'individu qui demande notre aide et la nature particulière du problème :

- quelles sont les circonstances de la difficulté à laquelle la personne est confrontée,
- les obstacles qu'elle désire surmonter, la signification de son problème,
- quelle est son importance pour elle-même, les répercussions pour sa famille, son entourage,
- quelles sont les causes de l'apparition de ces problèmes,
- quels sont les efforts démontrés pour faire face à ces problèmes
- quelles sont les solutions qu'il a envisagées ? (Perlman, 1972).

Les étapes suivantes illustrent les buts que doit poursuivre une intervention en vue d'une résolution de problème.

- Choix de l'attitude appropriée face au problème.
- Définition claire du problème.
- Formulation des objectifs pour résoudre le problème.
- Élaboration de différentes solutions (brainstorming).
- Choix d'une solution.

Chez certaines victimes ayant vécu un événement traumatique, la résolution de problème se fera de façon inefficace, ces personnes voyant le problème comme insurmontable le régleront de manière impulsive, d'autres éviteront carrément de prendre une décision, demeurant dans un état d'anxiété important. Le rôle du travailleur social, en se basant sur son savoir et son jugement de professionnel, en sera un de facilitateur et d'accompagnateur.

Le travailleur social verra à préparer l'individu à choisir un de ses divers problèmes ou un aspect d'un problème et à se concentrer sur ce point. En amenant cette personne à avoir une ouverture face à ses difficultés, celle-ci pourra considérer comme normal et faisant partie de la vie, de devoir affronter à quelques reprises des problèmes. L'intervenant pourrait même inciter cette personne à percevoir son problème comme un défi à relever. D'autre part, celle-ci doit accepter de devoir composer avec le temps, certains problèmes ne pouvant se résoudre rapidement.

Cependant, un problème, même s'il est bien identifié, aura des répercussions dans d'autres domaines de la vie de cette personne : tout problème qui crée une inadaptation sociale émotive chez un individu tend à soulever et à mettre en évidence d'autres problèmes (Perlman, 1972), d'ordre émotionnel, matériel, financier, conjugal ou autre.

« Parmi les réactions au problème émerge un processus de résolution de problème consciemment ou inconsciemment. [...] Un moi relativement libre de conflits permet une compréhension et un apprentissage débouchant sur une conduite d'adaptation efficace; par contre, des blocages, des lacunes, des blessures provoquent perceptions erronées, compréhension incomplète, apprentissage faussé, et, par conséquent, une conduite d'adaptation qui obtient des résultats souvent opposés à ceux que cherche la personne» (Du Ranquet, 1981 : p. 124).

Une fois l'étape de la définition de son problème bien délimitée, il faudra envisager des objectifs en vue de résoudre ses problèmes. En aidant la personne à formuler des objectifs réalistes et accessibles pour résoudre son problème, et en connaissant la source du problème, ses répercussions et les attentes de la personne, l'intervenant s'assurera que celle-ci travaille à des objectifs accessibles, et donc profitables pour elle-même.

Cet exercice peut s'avérer par ailleurs pénible pour la personne, demandant réflexion et une prise de conscience en vue de développer une stratégie pour

résoudre ses problèmes. Ce cheminement se poursuivra en incitant la personne à énumérer tout type de solutions (*brainstorming*), cet exercice permettant d'envisager qu'il existe des solutions, de jongler avec des solutions tantôt invraisemblables ou en apparence saugrenue, mais qui la dirige vers une solution vraisemblable. (Bouthillier, Savard, Dugas, Brillon, 2001)

Le choix de cette solution pousse la personne à se reconnaître comme l'artisan de la résolution de son problème jusque là insurmontable. Cette étape, en soi positive pour la personne, devra favoriser chez elle le réflexe d'en évaluer les résultats, lui permettant de s'assurer, malgré l'apparente finalité à son problème, que la solution n'entraînera pas de conséquences fâcheuses dans son entourage ou un nouveau déséquilibre chez elle.

1.5.3.5 - L'intervention cognitivo-comportementale.

L'intervention cognitivo-comportementale favorise l'intégration émotionnelle du traumatisme. Elle vise à diminuer les reviviscences de l'événement, à favoriser une reprise des activités normales quotidiennes. La thérapie cognitivo-comportementale est très bien détaillée dans la littérature (Brillon, 2001 ; Cottencin et al, 1999). et les résultats de cette approche sont souvent probants. Les entretiens thérapeutiques comportent quatre étapes :

- la compréhension par la victime non seulement du diagnostic mais des symptômes ressentis (étape de psycho-éducation)
- la verbalisation ou remémoration du traumatisme (processus de réevocation de l'agression)
- la capacité à communiquer à propos de l'agression (processus d'exploration)
- l'apprentissage de techniques de relaxation.

L'événement traumatique en lui-même est ressenti par la victime comme un stimulus aversif causant une peur intense : la personne en développera des comportements d'évitement qui momentanément réduiront l'anxiété. Ainsi, la personne, en utilisant une telle stratégie, en viendra rapidement à limiter ses actions dans tous les aspects de sa vie. Malgré la baisse temporaire de l'anxiété, les effets néfastes du traumatisme progresseront. Cette stratégie n'empêchera pas la personne de revivre l'événement traumatique de façon persistante, soit par des rêves ou lors d'activités quotidiennes lui rappelant l'événement. De plus, elle fera des efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations qui peuvent ressembler à l'agression subie. Le traumatisme provoquera d'autres problèmes, reliés cette fois à l'activation neurovégétative. Ainsi, la victime éprouvera des difficultés de concentration, des problèmes d'endormissement ou d'insomnie, d'irritabilité ou d'hypervigilance. La perturbation occasionnera une détresse suffisamment importante pour détériorer ses relations sociales, familiales et professionnelles.

La signification de l'événement aura un impact différent d'un individu à l'autre, les réactions étant variées selon les perceptions de chacun. Dans ce contexte, la thérapie cognitivo-comportementale peut représenter une avenue intéressante pour les victimes. Cette approche, favorisant chez la personne l'intégration émotionnelle du traumatisme, pourra, à l'étape de la psychoéducation, fournir à la personne toute l'information concernant les symptômes et le trouble de stress post-traumatique qui en découle. Dans un processus d'exploration, l'intervenant évaluera, avec la personne, les émotions ressenties suivant le traumatisme et lui facilitera la compréhension de ses réactions. Avec l'aide de stratégies de relaxation et de respiration, la victime en viendra à mieux gérer les tensions provoquées par ce triste événement.

Le travail de réexposition progressive aux stimuli ainsi que certaines méthodes comportementales peuvent s'avérer efficaces pour lutter contre la

rigidification des mécanismes de défenses liés au TSPT (Zucker, 1999). Ceci visera à faire diminuer les pensées intrusives, les « *flash-back* », l'évitement et l'hyperactivation physiologique, et ainsi permettre de réduire les symptômes d'insomnie, de manque de concentration et d'évitement, en corrigeant des croyances erronées par l'éducation et la restructuration cognitive pour éliminer les sentiments de culpabilité, de honte, de peur et de colère.

Certains auteurs observent que l'implication du réseau familial peut s'avérer adéquate et pertinente, dans la mesure où celui-ci peut représenter une forme d'aide empreinte d'humanité :

« La confiance, au sens banal du terme, possède un étonnant pouvoir protecteur, à condition que le sujet qui confie son secret se sente en confiance, ce qui dépend uniquement de l'entourage familial, amical et surtout social. (Cyrulnik, 1999 ; p. 173).

L'intervenant devra prendre le temps d'explorer comment chaque membre de l'entourage a vécu l'événement rencontré par l'un des leurs. (Dubois, 2003). Par exemple, dans le cas où cette personne aurait subi une agression, le réseau familial est souvent incapable de trouver la bonne façon de réagir à la situation. Il est important d'envisager avec les membres de la famille l'imminence de l'apparition de troubles post-traumatique, de les conseiller au même titre que la victime, sur la façon de les aborder et sur l'intérêt d'entamer le dialogue avec le thérapeute qui pourra les aider à affronter leurs difficultés ultérieures. (De Clercq et al, 1998). L'approche familiale devra être surtout privilégiée dans le cas où le fonctionnement familial était « intact » avant l'événement traumatique. (Dubois, 2003). Dans le cas particulier du viol, le conjoint devrait être contacté pour, dans un premier temps, lui permettre lui-même d'exprimer ses sentiments et formuler les questions qu'il se pose face à ses propres réactions, pour ensuite voir comment le couple peut essayer d'affronter ensemble cette situation difficile. (De Clercq, 1997).

En fait, l'ensemble des intervenants doivent être sensibilisés à l'importance d'une prise en charge précoce des victimes de traumatisme. Il arrive que celles-ci n'aient pas le sentiment de présenter des problèmes de désorganisation. Il faut donc demeurer vigilant et circonspect, car il est possible que celles-ci sentent le besoin de parler de l'agression subie. Il ne faut donc pas nécessairement attendre que ces personnes fassent une demande d'aide par elle-même.

1.5.3.6 - La verbalisation ou « *debriefing* ».

La verbalisation ou « *debriefing* » consiste en une intervention axée sur le groupe, où les participants partagent leurs expériences liées à un événement traumatisant. Cette intervention favorise chez les participants l'expression de leurs sentiments, les aide à mieux comprendre leurs réactions émotives et leurs comportements. L'exercice vise à ce que les participants retrouvent leur équilibre dynamique antérieur (MSSSQ, 1998).

Une séance de verbalisation ne devrait jamais être tenue à l'intérieur des 24 heures qui suivent l'événement : ce laps de temps est nécessaire pour permettre aux mécanismes de défense psychologique de s'atténuer. À cette étape, l'intervention n'est prévue que pour désamorcer (MSSSQ, 1994), le désamorçage (« *defusing* ») étant une première intervention très peu structurée, qui vise à permettre de « ventiler » à chaud les premières émotions, juste après un incident. Le désamorçage consiste à rassembler les personnes impliquées sur le site même, idéalement par sous-groupes de proximité (affective et/ou sociale) et à offrir un lieu de sécurité dans lequel la verbalisation émotionnelle est autorisée et facilitée par les encadrants (Pennevaert D. 1999).

La période de 24 à 72 et plus après l'événement représente la période la plus propice pour tenir des séances de verbalisation (« *debriefing* »). En effet, ce délai permet à la victime de surmonter le traumatisme et de réfléchir à l'événement, que ce soit de façon consciente ou inconsciente. Selon l'auteur de ce modèle, Jeffrey Mitchell, les groupes de verbalisation ont une action efficace à l'intérieur d'une période de trois mois après l'événement. (MSSSQ, 1994).

La séance de verbalisation ou méthode T.E.D. (*Traumatic Event Debriefing*), est utilisée par plusieurs intervenants sociaux appelés à supporter les victimes. Cette approche permet aux victimes de ventiler les émotions ressenties lors d'un désastre. Cette méthode d'intervention aiderait à réduire les symptômes et accélérerait le processus de rétablissement (Bell, 1995). En leur encourageant de dépasser leurs difficultés, la pratique de la verbalisation permet aussi aux victimes de donner à celles-ci un sens. Ainsi,

« La mémoire n'est pas seulement l'inscription biologique d'un événement tracé dans le cerveau par l'émotion des autres. La mémoire a une histoire que tous les blessés de l'âme ont à subir. Quand la mémoire est fraîche, les traumatisés ont besoin d'en faire un récit afin de maîtriser leurs émotions et de socialiser leur épreuve, afin de se sentir à nouveau comme les autres. » (Cyrulnik, 2002 : p.132.)

La verbalisation est une technique d'intervention préventive secondaire à un événement traumatique ; elle prend la forme d'une rencontre structurée en étapes, animée par un animateur et un co-animateur. Les séances de verbalisation devront permettre aussi de repérer les personnes fragiles, à qui sera proposé un suivi particulier. En prévention des troubles de stress post-traumatiques, des séances de verbalisation doivent être offertes aussi aux personnels des différentes équipes d'intervention. Les rencontres doivent être organisées rapidement après le retour d'une mission, mettant l'accent dans un premier temps sur les aspects techniques de l'intervention – le désamorçage - puis dans un second temps, sur la verbalisation proprement dite, abordant les aspects cognitifs et émotionnels.

Les buts de ces séances sont notamment :

- d'atténuer les sentiments d'échec ou d'impuissance,
- de normaliser les réactions individuelles et
- de résoudre les tensions des groupes. (Javaudin, Crocq, 1996)

La séance de la verbalisation vise trois objectifs :

- l'expression des sentiments vécus;
- la compréhension par les personnes de leurs réactions émotives et leurs comportements et
- le retour à l'équilibre dynamique.

Les séances de verbalisation privilégient trois types de clientèles. La clientèle primaire, regroupant toutes les personnes impliquées dans l'événement traumatique et qui souffrent de troubles psychiques associés ou non à des blessures physiques : ce sont les survivants et les témoins directs de l'événement. La clientèle secondaire concerne l'entourage familial ou les amis des victimes primaires ou bien les témoins de l'événement qui n'ont pas été impliqués dans celui-ci. Ce sont les familles en deuil par exemple. La clientèle tertiaire est constituée du personnel de secours, qui peuvent présenter aussi bien des réactions aiguës que des symptômes de stress post-traumatiques, de même que le personnel assurant le soutien psychologique, et toute personne parmi la population qui se retrouve très affectée par l'expérience traumatisante ou par la signification de l'événement. (MSSSQ, 1994)

L'organisation d'une séance de verbalisation doit tenir compte de certains paramètres si l'on souhaite le meilleur succès de l'intervention, c'est-à-dire :

- Respecter l'homogénéité du groupe : clientèles triées selon leurs caractéristiques, et en autant que possible, par groupe d'âge.
- Prioriser ceux qui en ont le plus besoin et limiter le nombre de participants à un maximum douze (12) personnes.

- Favoriser une bonne ambiance et une bonne collaboration du groupe, les réactions de chacun sont mises en commun et acceptées. Le support entre les membres du groupe est encouragé.
- Inviter une personne significative à la séance peut faciliter la confiance et l'implication des victimes, comme la présence d'un enseignant auprès de ses élèves.

En vue de faciliter le repérage et le suivi individuel des personnes identifiées comme vulnérables, une séance unique de verbalisation peut s'avérer insuffisante. C'est pourquoi une deuxième séance une à deux semaines après la première est recommandée. En outre, une rencontre ou un contact pourrait être apprécié, à la date d'anniversaire de l'événement. Ce contact permet un suivi des victimes, en facilitant l'accès à l'aide pour les personnes souffrant de pathologies avec une survenue différée. (Pennaert, 1999 ; DSM-IV, 1996).

1.5.3.7 - L'intervention de soutien.

L'intervention de soutien vise à répondre au besoin de soutien pour les personnes vivant une souffrance morale intense, mais peu aptes à entreprendre un processus thérapeutique en raison d'une faible motivation, d'une négation du problème ou de valeurs culturelles différentes. Il consiste à motiver la personne à recourir à d'autres formes d'aide qui seraient plus appropriées. (Guédon et Alary, 1982). Une autre façon de décrire le processus du soutien propose de l'envisager plutôt sous l'angle d'une technique visant à établir une bonne relation entre le travailleur social et la personne en besoin d'aide.

« Le travailleur social exprime son intérêt, sa sympathie, sa compréhension, son désir d'aider, sa confiance dans les capacités du client. Le groupe de techniques qui constituent le soutien proprement dit est utilisé dans tous les cas, en

particulier dans les premiers entretiens où une écoute attentive diminue l'inquiétude du client et l'amène à penser qu'il va pouvoir être aidé. »(Du Ranquet, 1981 : p.85).

La technique de soutien permet d'aider la personne à clarifier sa situation, pour en favoriser une meilleure compréhension, tant pour elle-même que pour l'intervenant, tout en la préparant au changement. De plus, cette technique facilitera l'expression verbale ou non-verbale des émotions et des sentiments. Mais il faut considérer que seule, cette technique - de soutien - n'est pas suffisante pour cette personne : l'intervenant devra compléter rapidement par un modèle d'intervention approprié à la crise.

1.5.3.8 - L'intervention post-traumatique.

L'intervention post-traumatique doit viser à réduire les symptômes de stress post-traumatique et redonner à la personne la capacité d'agir sur sa vie, d'en reprendre le contrôle. (CLSC du Saguenay-Lac-Saint-Jean ; 1999). La crise provoque une menace au «soi», et perturbe grandement la personne concernée sur les plans émotionnel et comportemental. L'intervention post-traumatique cherche à limiter l'installation de séquelles chez la victime.

Il est important de connaître de façon précise ce que la victime a subi comme atteinte, et ainsi adapter notre intervention en conséquence, pour éviter de «chroniciser ou pathologiser» la situation. De plus, il est souhaitable de reconnaître et de normaliser la souffrance ; la victime étant confortée à l'effet que ses réactions sont normales et que c'est plutôt la situation vécue (événement) qui est anormale. L'intervenant se devra de

« [...] demeurer vigilants et circonspects pour ne pas qualifier d'anormales des réactions qui pourraient représenter des processus sains, transitoires et constructifs d'adaptation à des situations extrêmement stressantes, confrontantes, exceptionnelles et anormales. » (Lefebvre, 2000 ; p.32)

Il faut convenir que les premières semaines après un événement traumatique seront nécessaires chez certaines victimes pour bien digérer cet événement dans l'immédiat et lors de la période transitoire, période qui correspond au moment où les sinistrés commencent à vaquer à leurs occupations quotidiennes (MSSSQ, 1994). Cependant, à la période de retour à la vie normale, la personne prend conscience de ses pertes. Tout type de perte alimente le processus de deuil. Plus la perte est grande, plus la personne éprouvera des émotions intenses : elle pourra développer des difficultés de fonctionnement et elle aura peut-être besoin de bénéficier d'un service de consultation individuelle ; l'intervention post-traumatique devient donc un modèle d'intervention approprié à ce type de problématique. (CLSC. du Saguenay-Lac-Saint-Jean ; 1999).

L'état physique et mental, le soutien social et le sentiment d'appartenance à son milieu peuvent avoir une grande influence sur la faculté de récupération. La victime qui a subi le traumatisme, devra être évaluée en fonction de certains critères liés à sa personnalité et à son environnement. La durée des symptômes et le moment de leur apparition vont déterminer à quelle catégorie de stress post-traumatique il faut faire face. Ainsi, le stress post-traumatique aiguë présente ses symptômes dans les six mois suivant l'événement, mais disparaissent aussi dans ce délai. Par contre, si les symptômes se poursuivent sur trois mois et plus, on parle de chronicité du stress post-traumatique. Pour sa part, le stress post-traumatique différé fait référence selon le DSM-IV aux symptômes apparaissant six mois après l'événement (DSM-IV, 1996).

Les facteurs de prédispositions à l'ÉSPT de la victime seront examinés, afin de connaître la fréquence de ses symptômes, les réactions (physiques, cognitives, psycho-émotionnelles, comportementales) provoquées par ces symptômes, la durée, leur intensité, et leurs répercussions. L'évaluation des ressources personnelles et la présence d'un réseau de soutien doivent être pris en compte. Ce qu'il faut savoir au départ, c'est qu'aucun type de modèle

théorique ne peut servir à prédire la réaction d'une victime en particulier, car les victimes se sont toutes forgées un vécu antérieur différent et une façon différente de s'adapter à des situations exceptionnelles. En intervenant, il faut tendre à faire diminuer les symptômes de stress post-traumatique. Ainsi, en débutant le traitement par ce qui dérange le plus la victime - ou stratégiquement, ce qui a le plus de chance de réussite - des changements pourraient être rapidement visibles ou ressentis par la victime. Les victimes d'un désastre doivent être considérées comme des personnes ayant des ressources insoupçonnées pour faire face à des situations jugées menaçantes pour la vie, leurs biens, leur bien-être psychosocial, leurs valeurs (Lefebvre, 2000). De là, l'attention sera portée sur les efforts mis de l'avant par la personne, en vue de l'encourager à faire confiance à ses capacités, malgré l'adversité. Devant les rechutes, il conviendra de soutenir la personne en situation d'apprentissage, et à nouveau saluer ses efforts et ses résultats, si minimes soient-ils. (Dolan, 1994).

CHAPITRE 2 – LA MÉTHODOLOGIE.

2.1 – Le cadre de référence.

Dans le cadre de cette recherche, l'influence de la période d'intervention et du type d'événement, sur l'utilisation des modèles d'intervention mis de l'avant en situations d'urgence, en tant qu'outils de dépistage et de réponse aux besoins des victimes, seront examinés.

Bien que le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSSQ) confie aux intervenants sociaux la responsabilité de répondre aux besoins psychosociaux des populations touchées par un sinistre - ce terme générique faisant référence à différents corps professionnels, tels les travailleurs sociaux, les psychologues, les psychoéducateurs, les criminologues, les sexologues et même les infirmières, - la population étudiée sera celle des travailleurs sociaux, membres de leur ordre professionnel. Et bien que chacune de ces professions explore sa spécificité au travers son corpus de connaissances propres, les activités professionnelles des travailleurs sociaux se définissent comme suit :

« Fournir des services sociaux aux personnes, aux familles et aux collectivités dans le but de favoriser, notamment par l'évaluation psychosociale et par l'intervention sociale, selon une approche centrée sur l'interaction avec l'environnement, leur développement social ainsi que l'amélioration ou la restauration de leur fonctionnement social. » (Article 37d du code des professions. L.R.Q., C-26).

Habituellement reconnue pour ses interventions davantage axées sur la famille, la profession du service social dispose-t-elle des moyens de ses ambitions, pour intervenir dans le cadre particulier de mesures d'urgence à la suite d'un sinistre ? Offre-t-elle l'aide nécessaire aux victimes qui vivent des

séquelles parfois importantes découlant de ces événements, et qui développent par la suite des troubles comorbides au trouble de stress post-traumatique ?

2.2 – L'objectif général.

Cette recherche tentera de comprendre la réalité de la pratique des travailleurs sociaux en situations d'urgence, dans le but d'identifier une (ou des) approche qui apporteraient une réponse à la psycho-dynamique du vécu traumatique.

Situation relevée dans notre recension d'écrits, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, suite aux inondations du Saguenay (en 1996), et à la crise du verglas dans les régions de la Montérégie et de Montréal (en 1998), a reconnu l'expertise de ses intervenants sociaux et leur a proposé un programme complet de formation intitulé « L'intervention socio-sanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - volet services psychosociaux ». Ce programme de formation définit et structure les modalités d'intervention en situations d'urgence.

Les motifs servant de point de départ aux recherches en service social se retrouvent souvent en liens avec des problèmes reliés à l'intervention proprement dite, ou à la conjoncture sociopolitique. Mais à la base, toutes les recherches émergent du besoin d'en savoir davantage sur un phénomène, soit pour mieux en comprendre la nature, les causes ou les conséquences, soit pour décider de mesures préventives ou correctrices des effets négatifs (Du Ranquet, 1981). C'est ainsi que plus se bonifiait cette recension des écrits, plus se précisait le champ d'exploration. Ce cheminement a permis de

cerner progressivement une problématique particulière, pour en arriver à émettre des hypothèses et des concepts.

2.3 – La qualification des variables.

Les variables indépendante et dépendantes doivent être observables et mesurables. Dans cette recherche, pour affirmer que la variable indépendante – ici la formation - maintient un lien de cause à effet avec la variable dépendante – choix et utilisation du modèle d'intervention selon le type d'événement et la période de crise, d'une part, et la connaissance des symptômes du trouble de stress post-traumatique, il faut que

- la première soit manipulable, c'est-à-dire que la variable formation, ici représente quatre niveaux de formation universitaire différents (baccalauréat, DESS, maîtrise et doctorat) et à trois formations d'appoint (de base en mesures d'urgence, *debriefing*, et intervention post-traumatique),
- que celle-ci précède la variable dépendante (la formation est reçue logiquement avant les interventions)
- que ce lien soit objectif (la connaissance influence le choix du modèle d'intervention),
- et qu'enfin, une variation de la variable indépendante doit systématiquement se refléter dans un certain sens sur la variable dépendante. (Colin, Lavoie et al, 1992). On peut penser que plus sommaire se présentera la connaissance, plus succinct se révélera le choix accessible des modèles d'intervention, nonobstant le type d'événement ou la période de crise.

2.3.1 – La variable indépendante.

La variable indépendante sera celle qui aura un impact causal et donc considérable sur les variables dépendantes. La formation considérée dans cette recherche porte sur ses deux aspects – universitaire et d'appoint – et ceux-ci seront considérés et analysés.

La formation offerte aux futurs professionnels du travail social repose sur des études de 1^{er} et 2^e cycle, soit un baccalauréat et une maîtrise. L'acquisition des connaissances de base et spécifiques nécessaires à la pratique de la profession se fait au baccalauréat, tandis que le développement d'une réflexion critique à propos des fondements théoriques et philosophiques du service social, des principes et des méthodes de pratique, et l'acquisition d'habiletés techniques et analytiques particulières à une approche ou à un champ spécifique du travail social s'acquiert à la maîtrise. Ainsi la formation permettrait de nuancer l'utilisation des différents modèles d'intervention dans un contexte d'événements traumatiques.

2.3.2 – Les variables dépendantes.

Les variables dépendantes sont celles qui subissent l'influence de la variable indépendante, soit de la formation du travailleur social. Les variables dépendantes seront donc :

- a) le choix et l'utilisation du modèle d'intervention selon le type d'événement et la période de crise, ainsi que
- b) la connaissance des symptômes du trouble de stress post-traumatique.

2.3.3 – Les variables intermédiaires.

La variable démographique - âge et sexe en tant que variables intermédiaires - agit pour expliquer l'influence ou la non-influence de ces variables sur l'intervention lors de mesures d'urgence. La variable sociodémographique, en tant que variable intermédiaire, fournit des données en ce qui concerne la scolarité, les années d'expérience de travail, le milieu de travail, le lieu de travail.

Du fait que les participants présentent des profils personnel (démographique) et professionnel (sociodémographique) différents, il sera instructif, en tant que données complémentaires, d'en estimer la proportion. On peut penser que les variables ayant trait à l'expérience personnelle et l'expérience professionnelle produiront probablement un effet ou une influence sur les variables dépendantes – soit la capacité personnelle et la réponse professionnelle adéquate ou correspondante au besoin identifié.

Ce plan de recherche en constitue le cadre d'analyse. Bien que la question de recherche en demeure le pivot, il est apparu nécessaire de proposer certaines hypothèses qui maintiendront la direction de cette recherche, tout en clarifiant la construction de l'instrument d'observation abordé dans cette recherche. La variable indépendante et les variables dépendantes étant liées - l'une affecte l'autre - cette relation forme la base de la prédiction et s'exprime par la formulation d'hypothèses.

2.4 – La formulation des hypothèses.

Les hypothèses retenues sont formulées ainsi :

- a) la contribution de la formation universitaire et des formations d'appoint favorisent l'acquisition de différents modèles et

techniques d'intervention comme outils de dépistage et de réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

- b) la période d'intervention et le type d'événement conditionnent le choix du modèle d'intervention.

2.5 – L'opérationnalisation.

2.5.1 – Le choix du devis.

La question de recherche faisant référence au savoir, au savoir - être et au savoir-faire des travailleurs sociaux, la stratégie de recherche mettra de l'avant l'approche de nature quantitative. La question de recherche fait référence au « comment », soit le modèle d'intervention utilisé par les travailleurs sociaux auprès d'une clientèle victime d'un événement traumatique.

Un élément particulier - le quand - filtre au travers la question de recherche. En effet, les modèles d'intervention utilisés en service social par les intervenants seront vérifiés, à la lumière de la littérature concernant les périodes d'intervention auprès de victimes de stress post-traumatique, soit à 0-24 heures, à 24 à 72 heures et plus, ainsi qu'à 3 mois et plus, et à 6 mois de l'événement. Le MSSSQ, s'inspirant des périodes d'intervention désignées par Mitchell (1983) et Aguilera (1995) propose lors des formations d'appoint offertes aux travailleurs sociaux, ce même découpage des temps d'intervention. Par exemple, l'utilisation du modèle d'intervention de crise s'étendra sur une période de 4 à 6 semaines, la crise pouvant durer de 4 à 10 semaines, soit la période de temps affectée par la désorganisation. (Roberts, 2000). Dépendamment du modèle d'intervention utilisé, sera

démontrée l'hypothèse qu'un modèle est utilisé ou non en tenant compte de la dimension temporelle.

Une autre facette de notre question, qui concerne le quoi, suppose la connaissance des caractéristiques particulières des différents modèles et techniques d'intervention utilisés auprès des victimes d'événements traumatiques. Et le dernier élément, le pourquoi questionne l'hypothèse qu'un ou plusieurs modèles d'intervention conjugués atténueraient les symptômes du trouble de stress post-traumatique. Le but de cette recherche sera d'explorer le domaine en profondeur, en examinant les relations entre plusieurs variables en vue de décrire le phénomène. Le devis exploratoire semble tout indiqué pour cette recherche. (Fortin, 1996).

2.5.2 – La validité interne.

Le recrutement des participants s'est fait en tenant compte d'un premier critère, c'est-à-dire d'être reconnu comme travailleur social, le recrutement s'effectuant à l'intérieur de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Un deuxième critère privilégiait l'intervention, à une reprise au moins, auprès de victimes d'un événement traumatique. Ainsi, ces deux critères nous assuraient d'une certaine homogénéité chez les participants, facilitant la relation de notre variable indépendante formation, avec les variables dépendantes, en l'occurrence le choix et l'utilisation du modèle d'intervention selon le type d'événement et la période de crise et la connaissance des symptômes du trouble de stress post-traumatique.

Par ailleurs, une certaine confusion a pu s'installer au sujet de l'utilisation des termes approche, modèle et technique, parfois indifféremment employés pour une même définition. Dans la liste des approches proposées se retrouvent des modèles et des techniques. Ainsi, l'intervention de crise, l'intervention

psychosociale, l'intervention communautaire, l'intervention par la résolution de problèmes et l'intervention cognitivo-comportementale se définissent en termes de modèles. Les autres approches suggérées, soit l'intervention de soutien, l'intervention pratique de la verbalisation (*debriefing*) et l'intervention post-traumatique, s'apparentent davantage à des techniques.

Cependant, il se peut que la variable indépendante formation soit contaminée par les différents niveaux de connaissance entre les participants (baccalauréat, diplôme d'études supérieures spécialisées, maîtrise, formation d'appoint) ou par le désir – inconscient - de paraître maîtriser leur matière.

2.5.3 – La validité externe.

La possibilité que la validité externe soit limitée a aussi été envisagée. En effet, n'ayant aucune référence quant à une recherche similaire avec laquelle cette recherche aurait pu se comparer, fournir différents moyens favorisant l'intérêt et ainsi en augmenter le taux de réponse s'est révélé approprié : l'ajout d'une enveloppe de retour pré-affranchie, tout en précisant la collaboration de l'OPTSQ, et la promesse d'envoyer une synthèse des résultats de notre recherche aux participants, ont positivement influencé le nombre de participants.

2.6 – La définition des concepts.

Les concepts explorés - stress post-traumatique, modèles d'intervention et sinistres - réfèrent aux différents modes d'interprétation du phénomène étudié, notamment en regard des multiples modèles d'intervention employés en service social pour répondre aux besoins des victimes d'un sinistre et/ou

qui souffrent du trouble de stress post-traumatique. Aussi, un tableau des concepts retenus (Tableau 2 – Liens des concepts avec la recension des écrits) a été élaboré, abordant leurs liens avec la littérature étudiée pour notre recension d'écrits.

Concepts	Dimensions	Indicateurs	Liens avec la littérature
Trouble de stress post-traumatique	Cognitive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte de mémoire ▪ Concentration difficile et autres 	Revue Santé mentale 2000 MSSSQ – Guide de formation / services psychosociaux(1994) Seroka, Knapp, Knight (1986) Brillon (2001) DSM-IV (1996)
	Psycho-émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépression ▪ Deuil (pertes) et autres 	Revue Santé mentale 2000 MSSSQ – Guide de formation : volet services psychosociaux Katz et Florian (1986)
	Physique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insomnie – Maux de tête ▪ Maux d'estomac et autres 	Revue Santé mentale 2000 MSSSQ – Guide de formation : volet services psychosociaux
	Comportementale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abus d'alcool ▪ État de colère ▪ Repli sur soi (et autres) 	Revue Santé mentale 2000 MSSSQ – Guide de formation : volet services psychosociaux Brillon (2001)
Sinistre	Naturel Technologique Humain	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grand nombre de victimes ▪ Extrême urgence de l'action ▪ Grande quantité de ressources à investir ▪ Événement qui sort de l'ordinaire 	Figley (1995) Berren, Beigel et Ghertner (1980) Maltais et al (2001a) Revue Santé mentale 2000 MSSSQ – Guide de formation / services psychosociaux (1994) Zakour (1996)
Modèles d'intervention	Savoir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention de crise ▪ Intervention psychosociale ▪ Intervention communautaire ▪ Résolution de problèmes ▪ Cognitivo-comportementale ▪ Debriefing ▪ Post-traumatique ▪ Intervention de soutien 	Roberts (2000) Aguilera (1995) Du Ranquet (1981) Gingras (1988) Perlmann (1972) Brillon (2001) Bell (1995) Mitchell (1983) MSSSQ (1997) Cyrulnik (2002) Du Ranquet (1981)

2.6.1 – Les modèles d'intervention.

Un certain nombre d'approches se sont développées à partir des différentes sciences humaines, (Zakour, 1996), ainsi qu'à partir de travaux de recherches qui tentent de faire le point sur la pratique du travail social (Soliman et Poulin, 1997 ; Iversen, 1998 ; Rosen et al., 1999).

Les modèles proposés pour cette recherche tiendront compte de la problématique particulière de ces situations de crise – la désorganisation des repères habituels - en lien avec les buts visés par l'approche clinique - promouvoir un retour à l'équilibre antérieur - en proposant des moyens accessibles de résolution de la crise. En rassemblant des faits, le sens de ces faits sous-tend le pourquoi et le comment des événements vécus par la personne, conduisant à une idée de la réalité objective et de la signification subjective. Le praticien, en émettant une hypothèse de travail ou une évaluation diagnostique vérifiable, privilégie une approche en choisissant des techniques d'intervention en fonction de l'objectif poursuivi. Certains modèles, comme l'approche psychosociale et l'intervention de résolution de problèmes, s'adressent à l'ensemble des problèmes ou à la situation globale de la personne. D'autres modèles sont plus spécifiques dans leurs objectifs : par exemple, l'intervention en situation de crise. Chaque approche privilégie une ou des théories qui lui fournissent des connaissances et des hypothèses sur lesquelles peuvent s'appuyer hypothèse de travail et déroulement du traitement.

De par les exigences de la formation universitaire de la profession, cette recherche supposait aux participants une connaissance théorique appropriée des approches et des techniques d'intervention proposées au questionnaire. Cependant, le court format utilisé pour illustrer les définitions - réduisant possiblement la lecture de leurs expériences à cette seule formule - a été préféré dans le but de viser l'identification des forces dynamiques de chaque

approche, par une définition concise. Pour pondérer ces contraintes, un choix de 5 modèles d'intervention et de 3 techniques d'intervention a été offert aux répondants, en plus d'une question ouverte proposée en dernier choix (Autre) pour chaque étape d'intervention. Cette recherche considérera les modèles d'intervention suivants :

- Intervention de crise : modèle favorisant chez la personne qui vit un épisode de crise de façon aiguë, la mobilisation de ses capacités personnelles pour résoudre cette crise. Cette forme d'intervention est axée sur l'apprentissage de nouveaux modes d'adaptation. (Golan, 1978).
- Intervention psychosociale : modèle favorisant la qualité de la relation thérapeute/client. L'étude psychosociale est basée sur le diagnostic et l'orientation. L'évaluation repose sur deux piliers: la compréhension diagnostique qui vérifie les faits et la compréhension dynamique qui pose la question : pourquoi le problème existe-t-il? L'approche psychosociale se réclame de la théorie des systèmes, que ce soit pour la collecte de données, la formulation du diagnostic ou l'élaboration du plan d'action. (Hollis et Woods, 1981)
- Intervention communautaire : modèle misant sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes, des communautés et des ressources issues d'elles pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé. (Gingras, 1988).
- Intervention résolution de problèmes : modèle ne visant pas à amener le client à atteindre un état d'équilibre définitif, mais à l'aider à résoudre certaines difficultés qu'il trouvait jusque là insurmontables. (Du Ranquet, 1981).
- Intervention cognitivo-comportementale : modèle favorisant l'intégration émotionnelle du traumatisme. Il vise à diminuer les reviviscences de l'événement, à favoriser une reprise des activités normales quotidiennes. (Brillon, 2001) .

Les techniques d'intervention suivantes ont été proposées :

- Intervention de soutien : modèle visant à répondre au besoin de support et de soutien pour les personnes qui vivent une souffrance morale intense mais qui sont peu aptes à entreprendre un processus thérapeutique en raison d'une faible motivation, d'une négation du problème, de valeurs culturelles différentes. Il consiste à motiver la personne à recourir à d'autres formes d'aide qui seraient plus appropriées. (Guédon et Alary, 1982)
- Pratique du "debriefing" : modèle axé sur le groupe où les participants partagent leurs expériences liées à un événement traumatisant. Il favorise chez les participants l'expression de leurs sentiments, les aide à mieux comprendre leurs réactions émotives et leurs comportements. L'exercice vise à ce que les participants retrouvent leur équilibre dynamique antérieur. (M S S S Q, 1998).
- Intervention post-traumatique : modèle visant à réduire les symptômes de stress post-traumatique et redonner à la personne la capacité d'agir sur sa vie, d'en reprendre le contrôle. (Conférence régionale des CLSC du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1999).

2.6.2 – Le stress post-traumatique.

Le stress post-traumatique (SPT) est un désordre susceptible d'apparaître lorsqu'un individu est exposé à un événement dont l'ampleur dépasse son expérience subjective usuelle. La victime développe alors ce qui est identifié par le terme de trouble de stress post-traumatique. Le DSM-IV regroupe ces symptômes en trois catégories :

- Reviviscences de l'événement sous toutes ses formes.
- Évitement des stimuli associés à l'événement.
- Hyperactivité neurovégétative. (Brunet, 1993)

2.6.3 – Le sinistre.

Parce qu'ils touchent sans avertissement la plupart du temps, les désastres sont des phénomènes très complexes, qui heurtent de manière multidimensionnelle les victimes qu'ils laissent sur leur passage. Au-delà de leurs caractéristiques inhérentes - impact et ampleur des dommages causés, tant physiques, sociaux que psychologiques - on peut distinguer les sinistres d'origine naturelle, les sinistres technologiques et les sinistres reliés à l'intervention humaine.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus scientifique sur ce terme, et qu'il existe plus de 40 définitions de désastre en littérature (NSWIOP, 2000), on s'entend généralement sur le fait que le sinistre revêt le plus souvent un caractère d'imprévisibilité et de soudaineté, qui place les victimes face à des conséquences jamais envisagées - par exemple la représentation de leur propre mort (DSM-IV, 1996). La victime est confrontée ainsi à un sentiment d'effroi et d'impuissance, et l'absence de contrôle perturbe profondément le sentiment de sécurité intérieure perçu auparavant (Pennewaert, 1999).

Au Québec, la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre définit un sinistre comme un événement grave, réel ou attendu prochainement, et 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 encore des dommages étendus aux biens. (Maltais *et al*, 2001a). En outre, l'urgence en cas de sinistre diffère des urgences quotidiennes notamment par le grand nombre de personnes affectées, l'envergure de l'événement, l'extrême urgence de l'action, la grande quantité de ressources à investir et le débordement des cadres habituels d'intervention.

2.7 – Les caractéristiques des sujets participants.

2.7.1 – La population.

Le concept plus vague d'intervenants sociaux ou agent de relations humaines n'a pas été retenu, recouvrant différentes professions. La population à l'étude sera donc composée de travailleurs sociaux membres de leur ordre professionnel.

2.7.2 – L'échantillon.

À partir de la population homogène des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec s'est constitué notre échantillon selon la méthode non-probabiliste. Pour ce faire, un triage de ses membres a été favorisé – échantillon typique - en faisant appel aux travailleurs sociaux étant déjà intervenus auprès des victimes d'événements traumatiques.

2.7.3 – La procédure de recrutement.

Avec l'autorisation de l'exécutif de l'OPTSQ d'utiliser leur envoi trimestriel aux membres, est adressé en septembre 2001, à tous les travailleurs sociaux près de 4,800 lettres d'appel (Annexe 1), ceci afin d'obtenir une première collaboration des membres visés par notre recherche, soit ceux qui sont déjà intervenus – échantillon - auprès de victimes d'un événement traumatique. En remerciement pour cet accès, engagement a été pris envers l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec de fournir copie des résultats de notre recherche. Quant aux participants, aucune forme de

rémunération n'a été convenue, sinon l'envoi d'une synthèse des résultats de la recherche.

2.7.4 – La participation à la recherche.

Notre lettre d'appel général à tous les travailleurs sociaux en septembre 2001 a suscité un abondant courrier : cent-soixante (160) travailleurs sociaux se sont montrés intéressés à participer à la recherche. Un questionnaire leur est parvenu, avec un échéancier fixé au 19 décembre 2001. Le délai a été reporté à fin janvier et un total de cent-quatre (104) participants ont retourné le questionnaire complété. De ces 104 participants, trois participants n'ont pas complété le questionnaire tel que demandé, et un participant n'a pas complété la formule de consentement et ce, malgré une relance. Ces quatre (4) participations ont donc dû être rejetées. En outre, 4 désistements (0.025 %) sont survenus - par erreur d'appréciation de la part du participant - que considérés comme non significatifs pour cette recherche. Cependant, 27 événements rapportés par certains répondants faisaient référence au suicide. Il est certain que ce type d'événement puisse avoir un effet traumatisant et puisse provoquer un impact sur un groupe important de personnes. Malgré ces considérations, ces événements n'ont pas été sauvegardés, considérant la définition de sinistre tel que cité par les auteurs à notre recension des écrits. En retranchant ces événements considérés comme tragiques, la participation de quatre (4) intervenants liés uniquement à des interventions de ce type a dû de fait être annulée. En définitive, sont conservés 170 événements recensés par les 92 travailleurs sociaux participant à cette recherche et non plus 96 - tel que dénombrés lors de la première évaluation des sinistres soumis.

Il est à signaler que plusieurs participants ont tenu à retourner leur questionnaire complété à la fin janvier seulement. Il a été décidé d'accepter ces participants retardataires, considérant tous les témoignages comme

importants. La participation totale se résume donc à 92 participants sur 160 ayant exprimé de l'intérêt, soit un taux de réponse de 60%. Par ailleurs, cinq travailleuses sociales de la France, répondant aux critères de sélection, se sont jointes aux participants québécois et ont ainsi pu collaborer à notre recherche. Leurs interventions ont porté sur les inondations en Picardie en 2001, et sur l'explosion d'une usine de pétrochimie à Toulouse en septembre 2001.

2.7.5 – Le choix de la méthode de collecte des données.

Afin de vérifier les hypothèses de notre recherche, des données primaires ont dû être récoltées, aucune donnée existante ne permettant de les valider préalablement. Un questionnaire (Annexe 6) a dû être élaboré pour pouvoir procéder. Celui-ci se divise en deux parties : une première partie concernant le contexte événementiel de l'événement rapporté et une deuxième, portant sur le type d'approche utilisée. Cette deuxième partie consignait les données selon les classes temporelles généralement admises dans la littérature. Ce questionnaire a été complété, en annexe, de courtes définitions des approches (Annexe 2), d'une page de consignes aux participants (Annexe 3), ainsi que d'un formulaire de consentement (Annexe 4).

2.7.6 – La méthode de collecte des données.

Ce questionnaire - auto-administré et format papier - a été acheminé par courrier postal aux travailleurs sociaux (160) ayant répondu à notre appel. Ce type de questionnaire – reçu par la poste et auto-administré - convient bien à notre recherche. Suscitant leur collaboration professionnelle, cette population semble motivée par le sujet.

La méthode retenue de collecte de données s'adresse à une population instruite et homogène : celle-ci permet aux répondants de prendre connaissance de cet outil selon leur disponibilité, et de prendre le temps nécessaire pour y répondre - quoiqu'il ne prenne que trente minutes à compléter.

Cette méthode assure la confidentialité des réponses et ne soulève pas de considération éthique. La confidentialité des participants est assurée de différentes façons : les questionnaires ont été codifiés, pour éviter d'y retrouver des informations nominatives ; la liste des répondants est gardée en lieu sûr, et l'accès à cette information est limitée. À la fin de la recherche, seront détruites toutes les informations nominatives, tandis que les données saisies le seront au terme de la deuxième année qui suivra la fin de la recherche. Cette recherche ne comporte aucun risque pour les participants, ni pendant ni après.

2.7.7 – Les obstacles à la validité de la méthode de collecte des données.

Appréhendant les faiblesses de notre méthode de collecte des données - habituellement, lorsqu'est utilisé un questionnaire auto-administré par la poste, le taux de réponse est plutôt bas – et dans le but de maximiser le nombre d'événements à analyser, les participants ont été requis, à la question seize (16), de choisir de 1 à 3 événements de leur pratique, ceci dans le but de favoriser l'émergence d'un nombre accru d'événements admissibles à notre recherche. À notre grande surprise, le nombre d'événements soumis (170) par 92 répondants a dépassé nos attentes concernant les d'événements admissibles. Cependant, certains événements ont dû être écartés, plusieurs répondants ayant considéré le suicide comme un événement traumatique au sens de tragédie. Cette méprise est due en partie à la mauvaise information fournie lors de l'envoi de la lettre d'appel : en

effet, le suicide avait été inclus dans le libellé de la lettre, identifiant le suicide comme un événement traumatique.

2.8 – L'élaboration de l'instrument de mesure.

2.8.1 Le choix de l'instrument.

Pour cette recherche a été élaboré un outil inédit de collecte de données. Aucun instrument de collecte des données issu de recherches antérieures ne pouvait être utilisé tel quel, ces recherches ne portant pas sur un sujet similaire au nôtre.

2.8.2 – Les obstacles à la validité de l'instrument.

Le questionnaire n'a pas été éprouvé par rapport à sa stabilité. Par contre, celui-ci a été pré-testé auprès de cinq (5) intervenants sociaux travaillant dans un centre local de services communautaire (CLSC). Parmi ces intervenants sociaux, quatre (4) étaient des agents de relations humaines et un (1) était travailleur social membre de l'OPTSQ.

2.8.3 – Les commentaires des participants au pré - test concernant le questionnaire.

Donnant suite aux commentaires des participants au pré-test, des correctifs à notre instrument de collecte de données ont été apportés. C'est ainsi qu'à la question 11, à la réponse *aucun* un espace à cocher a été ajouté. À la question 13, une erreur de terme s'est glissée : plutôt que syndrome, il aurait fallu y lire *symptôme*. À la question 14, concernant l'apport de la formation

universitaire, le degré d'intensité *nulle* a été ajouté. À la question 29-b, *une case* a été ajoutée. Après analyse, aux questions 34, 48, 62 et 75, concernant les approches utilisées, l'approche systémique a été retirée, car l'approche psychosociale se réclame déjà de la théorie des systèmes. Sans vouloir soulever de polémique concernant l'utilisation de l'intervention brève, celle-ci a été éliminée, car l'intervention de crise, par son caractère d'immédiateté et de brièveté de l'intervention, est probablement le traitement à court terme le plus approprié auprès de la clientèle qui traverse une situation critique.

À la révision des commentaires au pré-test, et pour plus de précision concernant le dépistage des symptômes du stress post-traumatique, a été ajoutée une question s'y rapportant. Cette question revient à chaque période d'intervention, soit aux étapes immédiate, rapprochée, à court terme et à moyen terme de l'événement. À la question 39, 53, 66, et 79, un degré d'intensité a été ajouté, à savoir *très insatisfait*. S'est aussi ajoutée une question (questions 42, 56, 69 et 82) à la fin de chaque période d'intervention. Ainsi, ces questions apportent des précisions quant aux raisons qui ont incité les victimes à consulter. Finalement, le temps requis pour répondre au questionnaire représente plus ou moins trente (30) minutes.

2.9 – La construction du questionnaire.

La construction du questionnaire s'est faite à partir d'une démarche hypothético-déductive (Quivy et van Campenhout, 1995). Après avoir énoncé le problème de recherche, des hypothèses découlant de notre recension d'écrits ont été déterminées, favorisant l'ordre et la définition des variables, l'élaboration des concepts, des dimensions, et des indicateurs

(Gauthier, 1986). Le lecteur pourra consulter le tableau (Liens des concepts avec la recension des écrits) décrivant cette démarche.

Le questionnaire est structuré en deux parties, et se termine par une invitation à formuler des commentaires. Il est précédé d'une lettre de remerciement, d'une page d'information et consignes à l'intention des participants et d'une page de définitions sommaires des approches abordées dans notre questionnaire. Il a de plus été complété par l'inclusion du formulaire de consentement pour la participation à notre recherche.

La première partie ouvre sur les informations nominatives - personnelles et professionnelles - des répondants. Par la suite, sont abordées les informations concernant le type d'événements, les caractéristiques des victimes et l'utilisation du milieu communautaire.

La deuxième partie fait référence à l'information sur le type d'approche privilégiée et les périodes d'intervention. Ces périodes sont les interventions immédiates après l'événement (0 à 24 heures et plus), les interventions rapprochées (24 à 72 heures et plus après l'événement), les interventions à court terme (3 mois et plus après l'événement), et enfin les interventions à moyen terme (6 mois après l'événement). Mitchell (1983) et Aguilera (1995) suggèrent ces périodes d'intervention après l'événement pour l'utilisation des différents modèles d'intervention.

L'étape de l'analyse des résultats permettra de démontrer les liens déterminants entre les questions, concernant l'exactitude et la cohérence des réponses des participants.

2.9.1 – La première partie du questionnaire.

La première partie porte sur les caractéristiques des répondants, de la question numéro 1 à la question numéro 15 inclusivement. Ainsi, les questions 1 et 2 portent sur des questions de fait : âge et sexe des répondants. Les questions 3 à 6 vérifient la participation à un événement traumatique et l'incidence de cet événement sur leurs interventions. Les questions 7 à 10 vérifient le niveau de scolarité, le nombre d'années d'expérience, le milieu de travail ainsi que la région administrative du lieu de travail. Les questions 11 à 15 abordent l'aspect de la formation spécifique à l'intervention dans le cadre des mesures d'urgence. Il est à noter que les questions 4-8-10 et 11 sont des questions polytomiques – à réponses multiples. Quant aux questions 6-12-13-14 et 15, elles sont des questions d'évaluation d'intensité. (Mayer, 2000). De la question 16 à la question 28, sont recueillies les informations concernant les événements, les victimes et le milieu communautaire. À la question 16, concernant l'identification du sinistre, le participant a la possibilité d'inscrire de 1 à 3 événements selon le cas. De plus, les particularités des types de sinistre permettent de classer ces événements selon qu'ils soient naturel, technologique ou relié à l'intervention humaine (Voir le Tableau 1 - Classification des sinistres - Figley, 1995). Des précisions sont requises du participant : le type d'événement, l'année, l'endroit où cet événement s'est produit, le nombre de personnes touchées, évacuées, blessées, décédées. La question 16 est très importante en ce sens que la suite du questionnaire exhortera le participant à répondre pour chaque question subséquente en rapport avec les événements inscrits. Il va de soi qu'un répondant qui aura participé à trois (3) événements, tout en étant intervenu à toutes les périodes, représentera à lui seul plus de 250 réponses à considérer, étant donné que notre questionnaire porte sur quatre périodes d'intervention.

La question 17 fait référence à l'endroit où se sont déroulées les interventions : près du sinistre, à la résidence des victimes, où dans le milieu

de travail habituel de l'intervenant. La question 18 s'enquiert de l'impact de l'événement sur la pratique de l'intervenant. La question 19 explore par une échelle graduant le support qu'a pu recevoir l'intervenant lors de ses interventions. Le bloc de questions 20 à 23 dépeignent les victimes : groupe d'âge, passé psychiatrique, antécédent de vécu traumatique. Les questions 24 à 28 évaluent l'utilisation ou non des groupes communautaires.

2.9.2 – La deuxième partie du questionnaire.

La deuxième partie du questionnaire renvoie à l'information sur le type d'approche utilisée, ainsi qu'aux périodes d'intervention suite au sinistre. Les questions 29 à 56 abordent quant à elles l'immédiateté de l'intervention. Pour les questions portant sur les périodes 0-24 heures et plus et 24-72 heures et plus, le même ordre de présentation et de similitude sera retenu.

À la période de trois (3) mois et plus après l'événement, la présence de la victime (question 58) aux deux périodes précédentes de consultation est vérifiée, soit 0-24 heures et plus et 24-72 heures et plus. Pour une victime qui vient consulter pour une première fois ou qui revient consulter, il est possible d'envisager que la continuité de ses symptômes à trois (3) mois et plus peut signifier le développement d'une chronicité chez cette victime (DSM-IV, 1996).

À la période à six (6) mois de l'événement, est vérifiée à nouveau la présence de la victime (question 71) aux précédentes périodes de consultation (0-24 heures, 24-72 heures, 3 mois). Car la possibilité existe qu'une personne vienne consulter pour une première fois à six (6) mois de l'événement, à l'apparition différée de symptômes en lien avec le traumatisme (DSM-IV, 1996).

CHAPITRE 3 – LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1 – Présentation des données recueillies.

Les données ayant été compilées avec le logiciel Microsoft Access et les graphiques produits avec Microsoft Excel, ce chapitre présente les résultats du questionnaire auto-administré (Annexe 5) complété par les participants à cette recherche. Pour la bonne compréhension des données utilisées dans ce mémoire, celles-ci ont été regroupées en les associant à trois types de sinistres : naturels, technologiques et reliés à l'activité humaine.

A cette étape, les résultats des données recueillies seront compilés dans le but d'établir un profil des interventions professionnelles réalisées par les travailleurs sociaux qui sont intervenus lors d'événements traumatiques et ainsi vérifier la question de recherche :

En tenant compte des caractéristiques et des problématiques particulières soulevées par le trouble du stress post-traumatique (TSPT), quelles sont les différentes approches employées par les travailleurs sociaux pour répondre aux besoins des victimes ?

En premier lieu sera présentée la formation acquise à l'université - le baccalauréat et la maîtrise (le comment). Les buts de la formation universitaire sont l'acquisition des connaissances de base et spécifiques à la pratique, ainsi que le développement d'habiletés techniques et analytiques particulières à une approche ou à un champ spécifique du travail social. Y seront aussi prises en compte les formations d'appoint suivies en lien avec la

connaissance des caractéristiques et des problématiques particulières soulevées par le trouble de stress post-traumatique (TSPT) soit

- l'introduction à l'approche d'intervention psychosociale dans le cadre de mesures d'urgence (formation de base)
- l'initiation à la pratique de verbalisation sur l'événement en situations de sinistres.
- l'intervention post-traumatique.

Le point suivant fait référence au choix du modèle d'intervention (le quoi) en service social. Ont été sélectionnés les modèles les plus couramment employés dans la pratique, soit les modèles intervention de crise, intervention psychosociale, intervention communautaire, intervention par la résolution de problèmes et approche cognitivo-comportementale, ainsi que les techniques suivantes, soit la pratique de la verbalisation, l'intervention de soutien et l'intervention post-traumatique et le potentiel de pratique de ces modèles sera évalué auprès d'une clientèle victime d'un événement traumatique. L'analyse portera sur l'à-propos de l'utilisation de ces modèles, selon les périodes d'intervention et le type d'événement. En lien avec les auteurs cités dans la recension, une distinction sera apportée dans les fréquences d'utilisation, appuyant ou non la pertinence du modèle employé.

L'étape suivante questionne l'hypothèse (le pourquoi) qu'un ou plusieurs modèles d'intervention conjugués atténueraient les symptômes du trouble de stress post-traumatique. En les alliant au dépistage des symptômes de stress post-traumatique, les approches adoptées seront identifiées selon les étapes, pour répondre aux besoins particuliers des victimes.

Par la suite sera abordé l'aspect de l'intervention dans le temps (le quand). En accord avec les périodes d'intervention proposées dans la recension, sera utilisée la même division du temps, soit les périodes de 0 à 24 heures

(immédiate), de 24 à 72 heures et plus (rapprochée), ainsi qu'à 3 mois et plus (à court terme), et à 6 mois de l'événement (à moyen terme).

Ultérieurement seront désignées les répercussions des sinistres sur les victimes et les raisons évoquées par celles-ci pour consulter.

Il est utile de rappeler que toutes les données compilées pour cette recherche peuvent être consultées en détail dans les annexes : le contexte événementiel et les informations personnelles / professionnelles sont regroupées en Annexe 7.1, les informations sur les événements, sur les victimes et sur l'environnement communautaire, en Annexe 7.2. En outre, a été agencée une présentation unidimensionnelle de toutes les données référant aux interventions rapportées, à l'aide de statistiques descriptives au «Tableau de la compilation ventilée par événement et par étape » que l'on retrouve en Annexe 7.3. Du fait de la diversité des champs couverts, certains éléments d'information seront volontairement ignorés, tandis que d'autres seront développés plus avant, notamment ceux portant sur les hypothèses, les variables et les concepts choisis - le trouble de stress post-traumatique, les types de sinistres et les modèles d'intervention, de façon à présenter les plus appropriés en rapport avec la question de recherche choisie.

Les données du niveau de scolarité du DESS ont été fusionnées avec celles de la maîtrise, parce que le DESS affiche une fréquence d'apparition trop faible, et que le niveau de scolarité du DESS se rapproche davantage du niveau de scolarité de la maîtrise (que du niveau du baccalauréat) : le regroupement de ces données avec ceux de la maîtrise s'en est trouvé justifié. Sont ainsi exposés, pour l'établissement du tableau de contingence (Annexe 8), deux niveaux de formation – le baccalauréat et la maîtrise. En outre, pour utiliser le test d'hypothèse et que ce test soit valide, il faut que la fréquence théorique de chaque élément soit supérieure ou égale à 5.

Enfin, le test d'hypothèse sera effectué afin de déterminer l'effet de la variable indépendante (formation) sur les variables dépendantes, qui sont :

- a) la connaissance des symptômes du trouble de stress post-traumatique.
- b) le choix et l'utilisation du modèle d'intervention selon le type d'événement et la période de crise.

Le niveau ou seuil de signification en a été fixé à 5 % (Annexe 6).

3.1.1 - Données recueillies sur les symptômes du trouble de stress post-traumatique.

Les travailleurs sociaux déclarent avoir rencontré des victimes présentant des antécédents psychiatriques (32,3 %), pour tous événements confondus. (Annexe 7.2 – Question no. 22). Les personnes les plus vulnérables – les personnes à faible revenu, les personnes âgées et les itinérants par exemple - et celles ayant déjà vécu des événements traumatisants, sont les plus fragilisées par les sinistres (Maltais et al, 2001a), car les événements traumatiques suscitent fréquemment des problèmes de santé mentale dans la population en général. De plus, ce seront probablement ces mêmes personnes (70,5 %) qui nécessiteront à nouveau de l'aide, car des victimes, consultant à l'étape court terme, étaient déjà venues consulter aux étapes précédentes. Compte tenu de leur faible capacité d'adaptation, ces événements provoquent leur lot de reviviscence.

3.1.2 - Données recueillies sur l'utilisation des groupes communautaires.

Interrogés sur l'importance d'utiliser le support ou la participation de groupes communautaires, les répondants y accordent une importance variable, selon qu'il s'agit d'un sinistre naturel (62,7 %), d'un sinistre technologique (33,3 %) ou d'un événement relié à l'activité humaine (38,6 %), tout autant que la recherche de support par la participation de groupes communautaires - événement naturel (66,7 %) - sinistre technologique (47,2 %) - événement relié à l'activité humaine (28,9 %).

Les travailleurs sociaux préfèrent utiliser le support ou la participation du milieu communautaire à l'étape d'intervention immédiate après l'événement (27,7 % pour tous sinistres confondus) et à l'étape d'intervention rapprochée (39,1%). Pour les périodes considérées à plus long terme, l'évidence de l'utilité des groupes communautaires se fait encore déterminante, soit aux étapes à court terme (19,5 %) et à moyen terme (10 %).

3.1.3 - Données recueillies sur les sinistres.

Les types de sinistres retenus sont ceux qui sont reconnus par la plupart des auteurs (Figley, 1995 ; Berren, Beigel et Ghertner, 1980 ; MSSSQ, 1994). Nos répondants ont rapporté 170 événements. Leurs réponses compilées (Tableau 3 - Répartition des sinistres soumis par les répondants) concernent des sinistres naturels (n : 51 – soit 30,1 %), des sinistres technologiques (n : 36 - soit 21,1 %) et des sinistres reliés à l'activité humaine (n : 83 - soit 48,8%).

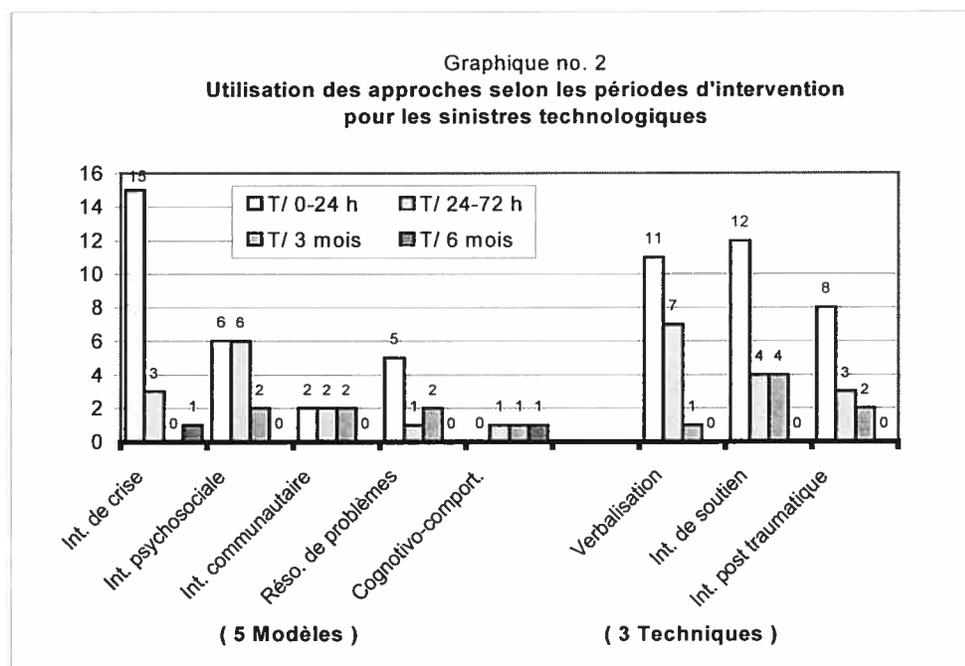
Tableau 3 Répartition des sinistres soumis par les répondants.			
Sinistres	Types	n	S-total
Naturel	Verglas	28	51 (30,1 %)
	Inondation	19	
	Tornade	2	
	Incendie	2	
Technologique	Incendie relié à des produits chimiques	23	36 (21,1 %)
	Explosion	6	
	Accident industriel au travail	5	
	Déversement de pétrole	2	
Relié à l'activité humaine	Vol à main armée	18	83 (48,8 %)
	Accident routier	14	
	Homicide	13	
	Accident violent au travail	10	
	Agression contre la personne	7	
	Terrorisme	6	
	Guerre	4	
	Viol	3	
	Accident aérien	3	
	Séquestration	2	
	Tentative homicide	2	
	Accident ferroviaire	1	
	TOTAL :		

3.1.4 - Données recueillies sur les modèles utilisés et les périodes d'intervention.

Les réponses compilées seront traitées selon les quatre périodes habituelles d'intervention reconnues dans la littérature (immédiate, rapprochée, à court terme et à moyen terme), vocables associés à la division utilisée ici pour des périodes d'intervention, soit 0 à 24 heures après l'événement, 24 à 72 heures et plus après l'événement, trois (3) mois et plus après l'événement et six (6) mois après l'événement. Cette division des périodes d'intervention, telle que suggérée par les auteurs à la recension des écrits, justifiera - ou non - le choix des modèles ou techniques d'intervention utilisés par les travailleurs sociaux. Partant, les graphiques suivants exposent ces outils d'intervention en fonction du type de sinistres d'une part, et du nombre d'intervention rapportée selon l'écoulement du temps.

En réponse à un événement technologique, à l'étape immédiate d'intervention, les travailleurs sociaux se tourneront vers l'intervention de crise (n=15), vers l'intervention de soutien (n=12) et utiliseront aussi la verbalisation (n=11). À l'étape rapprochée, ceux-ci se tourneront vers la verbalisation (n : 7) et l'intervention psychosociale (n :6).

À l'étape à court terme, ils choisissent l'intervention de soutien (n :4) et, en nombre égal (n : 2) chacun des modèles suivantes : l'intervention psychosociale, l'intervention post-traumatique, l'intervention communautaire et l'approche en vue d'une résolution de problèmes. Et pour les interventions à l'étape à moyen terme, les travailleurs sociaux opteront pour l'intervention de crise (n :1) et l'intervention cognitivo-comportementale (n :1).



3.1.5 – Données recueillies sur les motifs de consultation selon les périodes.

Les interventions requises se déroulent autant au niveau individuel que familial, car les raisons de consulter sont variées (Katz et Florian, 1987), l'incapacité à retrouver son équilibre antérieur étant évoquée avec une ampleur renouvelée à chaque étape (39,3 %, 45,6 %, 58,1 % et 62,8 % pour tous sinistres confondus). C'est ainsi qu'à l'occasion de l'étape immédiate après l'événement, les raisons les plus souvent évoquées par les victimes pour consulter sont l'incapacité à retrouver leur équilibre antérieur et les pertes matérielles, tout comme à l'étape rapprochée. Les pertes matérielles et le besoin de récupérer leur niveau d'équilibre antérieur sont aussi très présents, à l'étape à court terme. Par ailleurs, se développent des conflits familiaux pour les quels les travailleurs sociaux sont consultés. À l'étape à moyen terme, les motifs de consultation les plus souvent évoqués sont encore l'incapacité à retrouver leur équilibre antérieur, les pertes matérielles et les conflits familiaux.

3.1.6 - Données recueillies sur le support familial selon les périodes.

À l'étape immédiate après l'événement, tout comme à l'étape rapprochée (53,6 % et 69,8 %, pour tous événements confondus), il faut noter l'importance accrue accordée par les victimes de recevoir du support de leur famille ou de personnes significatives.

À l'étape à court et à moyen terme (60,5% et 76 %, pour tous événements confondus), la présence de soutien familial ou de personnes significatives est estimée par les victimes, surtout lors d'événements humains, où apparaît la nécessité d'établir une complicité avec le réseau d'aide naturel.

3.1.7 - Données recueillies sur le trouble stress post-traumatique et son dépistage

L'importance du dépistage du stress post-traumatique à l'étape immédiate après l'événement fluctue selon le type de sinistres (64,9 % pour les événements naturels, 8,3 % pour les technologiques et 46,3 % pour ceux reliés à l'activité humaine). Tandis que l'importance du dépistage du stress post-traumatique, peu importe le sinistre, se confirme (86,7 %) à l'étape rapprochée. Aux étapes à court et moyen terme, les données révèlent des taux tout aussi élevés, pour les trois types d'événements, pour cet aspect du dépistage.

L'importance du dépistage du stress post-traumatique à l'étape immédiate après l'événement fluctue selon le type de sinistres (64,9 % pour les événements naturels, 8,3 % pour les technologiques et 46,3 % pour ceux reliés à l'activité humaine). Tandis qu'à l'étape rapprochée, l'importance du dépistage du stress post-traumatique, peu importe le sinistre, se confirme (86,7 %) Aux étapes à court et moyen terme, les données révèlent des taux tout aussi élevés, pour les trois types d'événements. En outre, les victimes chez qui les capacités d'adaptation sont plus faibles (Aguilera 1995 et Warheit 1979) se retrouvent parmi celles qui avaient déjà bénéficié de l'aide des travailleurs sociaux à la période d'intervention immédiate et qui viennent consulter à nouveau (50,2 %). Parmi les victimes ayant déjà consulté à la période d'intervention rapprochée et chez qui les besoins sont encore bien présents, 58,5 % sont revenues solliciter des services.

Cependant, malgré la diminution du nombre d'interventions à l'étape à moyen terme, les intervenants mentionnent que les victimes, réclamant de l'aide pour des symptômes encore présents à cette étape, se retrouvent parmi celles qui avaient déjà bénéficié de l'aide des travailleurs sociaux à la période

d'intervention à court terme, à la période d'intervention rapprochée et aux interventions immédiates après l'événement.

3.1.8 - Données recueillies sur la formation.

Les travailleurs sociaux qui ont participé à cette recherche possèdent le baccalauréat, à 58,7 %, alors que 41,3 % détiennent sur une maîtrise. Malgré tout, une importante proportion de participants (81,5 %) considère leur formation universitaire insuffisante en vue de répondre aux problématiques particulières soulevées par le trouble du stress post-traumatique.

Parmi les formations d'appoint offertes, la formation de base a intéressé près des deux-tiers des répondants (65,2 %) ; et plus de la moitié ont fréquenté les deux autres formations, soit la pratique de la verbalisation (56,5 %) et l'intervention post-traumatique (54,3 %).

3.2 – Résultats en rapport avec la première hypothèse.

Lors de la compilation des réponses de la question 14, une insatisfaction marquée est apparue au sujet de la formation universitaire reçue, avec 81,3 % d'insatisfaction. Cette affirmation semblait infirmer la formulation de la première hypothèse, qui s'énonçait ainsi :

- la contribution de la formation universitaire et des formations d'appoint favorise l'acquisition de différents modèles et techniques d'intervention comme outils de dépistage et de réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

Pour rendre compte de cette hypothèse, un Tableau de chi carré et Coefficient de contingence (Tableau no. 4) a été intégré.

Les questions relatives à l'opinion des travailleurs sociaux, face à leur formation pour répondre aux besoins des victimes d'événements traumatiques, et celles pour dépister les symptômes du stress post-traumatique, permettent de vérifier la qualification acquise des travailleurs sociaux au regard des formations d'appoint suivies. Ici sera démontré le lien ou l'absence de lien par le test d'hypothèse :

- H_0 : La formation et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques sont indépendantes.
- H_1 : Il y a un lien entre la formation et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

Considérons donc $x_c^2 = \sum (f_o - f_i)^2 / f_i$ (soit $x_c^2 = 17,396$), comme étant le résultat du chi carré de la question 7 et 12. De plus, à l'aide de la Table donnant le x_c^2 avec un niveau de signification de 5% (Annexe 6), la valeur du x_c^2 est de 7,815. Ainsi, si $x_c^2 > x_c^2$ (soit $17,396 > 7,815$), la contre - hypothèse est acceptée et on peut croire qu'il y a un lien entre la formation suivie par les travailleurs sociaux et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

Tableau no. 4			
Tableau de chi carré (χ^2) –			
Question 7 / Questions 12-13-14			
Question 7 : Niveau de scolarité : baccalauréat ou maîtrise			
Question 12 : Qualifier votre formation pour répondre aux besoins des victimes.			
	Q7 - bacc	Q7 - maît	Marge
Q12 - très bien formé	0,9065	1,2881	2,1946
Q12 - bien formé	1,3738	1,9527	3,3265
Q12 - partiellement formé	2,8728	4,0800	6,9528
Q12 - pas formé	2,0321	2,8900	4,9221
Chi carré (χ^2)	7,1852	10,2108	17,3960
Coefficient de contingence (C)			0,39887
Question 13 : Qualifier votre formation pour dépister les symptômes du TSPT			
	Q7 - bacc	Q7 - maît	Marge
Q13 - très bien formé	1,9758	2,8109	4,7867
Q13 - bien formé	0,8548	1,2149	2,0697
Q13 - partiellement formé	2,9769	4,2298	7,2067
Q13 - pas formé	1,1255	1,6030	2,7285
Chi carré (χ^2)	6,9330	9,8586	16,7916
Coefficient de contingence (C)			0,39286
Question 14 : Qualifier la contribution de votre formation universitaire en vue de répondre aux besoins des victimes.			
	Q7 - bacc	Q7 - maît	Marge
Q14 - très bonne	1,2713	1,7995	3,0708
Q14 – bonne	0,1536	0,2181	0,3717
Q14 – faible	0,2015	0,2863	0,4878
Q14 – nulle	0,0185	0,0263	0,0448
Chi carré (χ^2)	1,6449	2,3302	3,9751
Coefficient de contingence (C)			0,2024

Par le test d'hypothèse entre ces deux variables - formation d'appoint et dépistage des symptômes de stress post-traumatiques - sera démontré le lien ou l'absence de lien :

- H_0 : La formation et la qualification en vue de dépister les symptômes de stress post-traumatiques sont indépendants.
- H_1 : Il y a un lien entre la formation et la qualification en vue de dépister les symptômes de stress post-traumatiques.

Considérons donc $x_e^2 = \sum (f_o - f_i)^2 / f_i$ (soit $x_e^2 = 16,791$), comme étant le résultat du chi carré de la question 7 et 13. De plus, cela permet de déterminer, à l'aide de la Table donnant le x_c^2 avec un niveau de signification de 5% (Annexe 6), la valeur du x_c^2 (soit 7,815). Ainsi, si $x_e^2 > x_c^2$, (soit $16,791 > 7,815$), la contre - hypothèse est acceptée et on peut croire qu'il y a un lien entre la formation et la qualification acquise par les travailleurs sociaux en vue de dépister les symptômes de stress post-traumatiques.

Par le test d'hypothèse entre ces deux variables - contribution de la formation universitaire et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques - sera démontré le lien ou l'absence de lien.

- H_0 : La contribution de la formation universitaire et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques sont indépendants.
- H_1 : Il y a un lien entre la contribution de la formation universitaire et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

Considérons donc $x_e^2 = \sum (f_o - f_i)^2 / f_i$ (soit $x_e^2 = 3,975$), comme étant le résultat du chi carré de la question 7 et 14. De plus, cela permet de déterminer, à l'aide de la Table donnant le x_c^2 avec un niveau de signification de 5% (Annexe 6), la valeur du x_c^2 (soit 7,815). Ainsi, le $x_e^2 < x_c^2$, (soit $3,975 < 7,815$), l'hypothèse nulle est acceptée et on peut croire que la contribution de la formation universitaire et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques sont indépendants.

3.3 - Résultats en rapport avec la deuxième hypothèse.

Ici se retrouve la validation de la deuxième hypothèse, qui se formule ainsi :

- la période d'intervention et le type d'événement conditionnent le choix du modèle d'intervention.

La compilation des résultats par étape a fourni une série de données qui seront utilisées ici pour démontrer la justesse de la deuxième hypothèse. La chronique des interventions fait ressortir, pour chaque période, des variations qui sont dues au choix du modèle d'intervention effectué par les travailleurs sociaux, choix effectués en fonction de la problématique soulevée par les victimes, en contexte du type d'événement et de la période de crise visée. Le tableau du Chi carré (χ^2) et coefficient de contingence (C) des modèles d'intervention (Tableau no. 5) illustre ces résultats.

Compte tenu du nombre d'événements étudiés (n : 170), l'assemblage d'un tableau de coefficient de contingence (C) pour tenter de valider cette deuxième hypothèse est apparu comme approprié. Celui-ci convient particulièrement à l'appréciation des résultats obtenus lors de cette recherche. Il prend toujours une valeur comprise entre 0 et 1 ; plus il est proche de zéro, plus le degré d'association entre les deux variables est faible ; plus il se rapproche de 1, plus le degré d'association entre les deux variables est fort (Colin et al, 1992). Pour cette démonstration, une lecture de ce tableau s'effectue par le biais des modèles d'intervention employés, analysés selon les types de sinistres (naturel, technologique et relié à l'activité humaine), et à travers le temps écoulé.

Tableau no. 5					
Tableau du Chi carré et coefficient de contingence des modèles d'intervention selon les périodes d'intervention.					
Modèles d'intervention	X ² - N	Modèles d'intervention	X ² - T	Modèles d'intervention	X ² - H
Intervention immédiate après l'événement					
Intervention de crise	21,3278	Intervention de crise	20,8913	Intervention de crise	8,2747
Intervention de soutien	11,9969	Intervention de soutien	13,3704	Verbalisation	6,8955
Verbalisation	15,1072	Verbalisation	15,3203	Interv. Post traumatique	6,2060
Coefficient de contingence	0,5872	Coefficient de contingence	0,5918	Coefficient de contingence	0,4342
Intervention rapprochée après l'événement					
Intervention de crise	10,6715	Intervention de soutien	13,2271	Intervention de soutien	3,5040
Intervention de soutien	12,8058	Intervention psychosociale	19,8406	Verbalisation	8,4096
Verbalisation	10,6715	Verbalisation	23,1473	Interv. Post traumatique	4,2048
Coefficient de contingence	0,5203	Coefficient de contingence	0,6159	Coefficient de contingence	0,3861
Intervention à court terme après l'événement					
Intervention psychosociale	35,3152	Intervention de soutien	38,3478	Intervention psychosociale	18,2645
Interv. post traumatique	9,5000	Intervention psychosociale	19,1643	Interv. Post traumatique	15,6553
Résolution de problèmes	39,2391	Interv. Post traumatique	19,1643	Résolution de problèmes	26,0921
		Intervention communautaire	19,1643		
		Résolution de problèmes	19,1643		
Coefficient de contingence	0,6909	Coefficient de contingence	0,7454	Coefficient de contingence	0,6283
Intervention à moyen terme après l'événement					
Intervention psychosociale	36,5276	Intervention de crise	44,0217	Intervention psychosociale	43,8522
Interv. post traumatique	31,3094	Cognitivo-comportementale	44,0217	Résolution de problèmes	21,6027
Résolution de problèmes	41,7458			Cognitivo-comportementale	29,2348
Coefficient de contingence	0,7373	Coefficient de contingence	0,6993	Coefficient de contingence	0,7023

Commençons par les sinistres naturels. Les résultats du coefficient de contingence au sujet des périodes immédiate et rapprochée (C : 0,5872 et C : 0,5203) suggèrent une adéquation entre les modèles et leurs périodes, cependant moins tranchée que prévu. Pour ce type d'événement, les mêmes choix d'intervention – intervention de crise, intervention de soutien et verbalisation - ont été utilisés à ces deux périodes, considérées comme à très court terme. Ces modèles d'intervention, utilisés lors d'intervention tôt dans le déroulement de l'événement, privilégient la prise de conscience et la compréhension de l'événement traumatisant. Le même phénomène est constaté à la période de plus de 3 mois (C : 0,6909) et à 6 mois (C : 0,7373) ; et pour ces deux périodes qu'on peut qualifier de moyen terme, elles mettent de l'avant elles aussi les modèles intervention psychosociale, intervention post-traumatique et intervention en vue d'une résolution de problèmes. Ces

modèles d'intervention visent la réduction des symptômes de stress post-traumatique en tenant compte de l'interaction du sinistré avec son environnement.

Quant aux sinistres technologiques, les résultats du coefficient de contingence au sujet des périodes immédiate (C : 0,5918) et rapprochée (C : 0,6159) suggèrent l'adéquation entre ce type d'événement, les modèles et la période d'intervention. En effet, les modèles d'intervention utilisés pour ce type d'intervention hâtive - intervention de crise, intervention de soutien, intervention psychosociale et verbalisation - privilégient la mobilisation des capacités personnelles des victimes. À plus de 3 mois, et à plus de 6 mois de l'événement - où les coefficients de contingence se présentent respectivement à 0,7454 et 0,6993 - les modèles d'intervention utilisés, soit les interventions de soutien, de crise, post-traumatique, communautaire, pour la résolution de problèmes et l'approche cognitivo-comportementale, tous tendent à favoriser l'intégration émotionnelle du traumatisme.

Lors d'événements liés à l'activité humaine, pour les approches utilisées à l'étape immédiate - l'intervention de crise - et à l'étape rapprochée - l'intervention par la verbalisation -, les résultats obtenus (C : 0,4342 et C : 0,3861) tendraient à démontrer l'inadéquation des approches choisies à ces étapes. Quant aux étapes à court (C : 0,6283) et moyen terme (C : 0,7023), les modèles d'intervention choisis - l'intervention psychosociale et l'intervention par la résolution de problèmes - favorisent un diagnostic permettant d'établir un plan d'intervention, et facilitent la prise en charge de la personne en interaction avec son environnement, en lui permettant non pas d'atteindre un équilibre immédiat, mais de disposer d'objectifs réalistes et accessibles.

3.4 – Synthèse de la présentation.

Les données recueillies lors de la compilation du questionnaire pourraient être envisagées selon deux perspectives. La première se rapporte à l'identification des composantes, soit les variables indépendante et dépendantes ; ainsi, les données sur la valeur de formation – variable indépendante – tendraient à démontrer que celle-ci est perçue en tant qu'élément déterminant lors d'interventions en situations d'urgence. L'autre perspective suggère quant à elle que les variables dépendantes – soit les modèles d'intervention utilisés selon les périodes, et la connaissance du trouble de stress post-traumatique – sont perçues en tant qu'éléments appropriés d'une intervention éclairée et adéquate aux besoins exprimés.

Certains facteurs semblent affecter ces données, soit les types de sinistres et les facteurs de vulnérabilité des victimes au stress post-traumatique. Cependant, peu d'éléments ont été rapportés au sujet du support familial, ainsi que sur l'utilisation des groupes communautaires.

Les résultats en rapport avec la 1^e hypothèse semblent indiquer l'exploration de la formation universitaire et celles d'appoint, en rapport avec la connaissance du trouble de stress post-traumatique et son dépistage, en vue de répondre adéquatement aux besoins exprimés par les victimes. Les résultats en rapport avec la 2^e hypothèse semblent appuyer le choix des modèles employés par les travailleurs sociaux, selon les interventions rendues nécessaires, lors de situations d'urgence.

CHAPITRE 4 - ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 - Analyse des données recueillies.

Pour faciliter la compréhension de cette analyse, et en référence au plan proposé dans la méthodologie, l'axe d'analyse s'appuiera sur les quatre composantes dans l'exploration du phénomène étudié, soit le comment, le quoi, le pourquoi et le quand. Cela permettra de vérifier les hypothèses de recherche. Enfin, le potentiel des modèles d'intervention en service social sera discuté, en lien avec chaque étape d'intervention à l'occasion de situations d'urgence.

En premier lieu, la contribution de la formation acquise à l'université - le baccalauréat et la maîtrise (le comment) sera évaluée. En effet, les buts de la formation universitaire sont l'acquisition des connaissances de base et spécifiques à la pratique, ainsi que le développement d'habiletés techniques et analytiques particulières à une approche ou à un champ spécifique du travail social. Y sera aussi abordé l'apport des formations suivies en lien avec la connaissance des caractéristiques et des problématiques particulières soulevées par le trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Le point suivant de l'analyse fait référence au choix du modèle d'intervention (le quoi), en service social. Ont été sélectionnés les modèles les plus couramment employés dans la pratique, soit l'intervention de crise, l'intervention psychosociale, l'intervention communautaire, la résolution de problèmes, l'approche cognitivo-comportementale. La pratique de la verbalisation, l'intervention de soutien et l'intervention post-traumatique représentent les techniques examinées en complémentarité aux approches.

Le potentiel de pratique de ces modèles et techniques sera évalué auprès d'intervenants de clientèles victimes d'un événement traumatique.

L'étape suivante de cette analyse questionne l'hypothèse (le pourquoi) qu'un ou plusieurs modèles d'intervention conjugués atténueraient les symptômes du trouble de stress post-traumatique. En cherchant à amenuiser les risques de développement de troubles de stress post-traumatique, les approches adoptées par les travailleurs sociaux seront identifiées selon les étapes les plus appropriées (le quand) pour répondre aux besoins particuliers des victimes. En accord avec les périodes d'intervention proposées dans la recension (Mitchell, 1983 ; NSWIOP, 2001), sera utilisée une division analogue des temps d'intervention, soient les périodes de 0 à 24 heures (immédiate), de 24 à 72 heures et plus (rapprochée), ainsi qu'à 3 mois et plus (à court terme), et à 6 mois de l'événement (à moyen terme).

* * *

En complémentarité avec la formation de base que représente le baccalauréat (58,7%) plusieurs répondants ont affiné leur savoir par l'obtention d'une maîtrise (41,3%). Cependant, les travailleurs sociaux se disent insatisfaits des apprentissages acquis par la formation universitaire, cette formation ne répondant pas de façon satisfaisante à leurs besoins par rapport à une intervention en contexte de mesures d'urgence comme on doit s'y attendre. Par ailleurs, les formations d'appoint semblent mieux répondre à ces besoins de formation à ce sujet. Ces résultats incitent à vérifier, par la validation des hypothèses, le lien ou l'absence de liens entre ces deux perceptions. Les hypothèses formulées seront analysées des points de vue

- de la formation (universitaire et d'appoint) pour répondre aux besoins des victimes
- du dépistage des symptômes de stress post-traumatiques et de
- l'appréciation concernant la contribution de la formation universitaire en vue de répondre aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

En outre, certaines données récoltées avec le questionnaire méritent qu'on s'y attarde. Subdivisés en catégories d'événements naturels, technologiques et reliés à l'activité humaine (Tableau 3 - Répartition des sinistres soumis par les répondants), les 170 événements rapportés par les répondants concernent entre autre, la crise du verglas (en 1998) et les inondations du Saguenay (en 1996). Quant aux sinistres technologiques, il est question d'explosion ou d'incendie majeur (BCP, 1988) ou dans des usines ; enfin, les traumatismes reliés à l'activité humaine soulignent des interventions lors de collisions (Nicolet, 2000) ou de carambolages, ainsi que d'autres interventions auprès de victimes d'agression lors de vols à main armée. Il est intéressant de constater que, bien que plus diversifiés, les événements reliés à l'activité humaine constituent près de la moitié des occasions d'interventions et que les causes naturelles sont des événements plutôt rares, mais dont l'ampleur nécessite une forte mobilisation des travailleurs sociaux lorsqu'ils se produisent.

Illustrant les sinistres soumis par nos répondants, ce tableau (Tableau 3 - Répartition des sinistres soumis par les répondants) permet un premier constat sur les causes des traumatismes : mettant en valeur la soudaineté, la violence de l'événement, et l'aspect sous-jacent de l'intention volontaire de la violence lors de certains événements, ces données correspondent en tous points à celles reconnues dans la littérature (Maltais et al, 2001a) et sont identifiées comme les éléments pouvant déclencher des désordres et provoquer le déséquilibre. Au sujet des traumatismes reliés à l'activité humaine, comme les agressions à mains armées, les situations de guerre ou les tentatives homicides, ces données réfèrent plutôt à des sévices infligés volontairement par un être humain, qui souvent produisent de façon plus durable des difficultés interpersonnelles (perturbation de l'image de soi, sentiments de honte et de dévalorisation (Coté, 1996). Les données compilées (n : 83 - soit 48,8%) pour ce type d'événements témoignent du vécu professionnel des travailleurs sociaux, de plus en plus requis pour intervenir auprès de personnes victimes d'actes criminels, d'accidents majeurs de transport, et tout récemment, pour des actes de terrorisme. Lors

de ce type d'événement, les démarches effectuées par les victimes pour obtenir de l'aide s'appuient sur leurs expériences de vie, à savoir la richesse des contacts établis dans le cercle restreint et élargi du réseau interpersonnel (Warheit, 1979 ; Vermeiren, 2001). Comparativement, lors de sinistres naturels et technologiques, les capacités personnelles et sociétales de faire face aux sinistres ne sont plus sollicitées de la même manière, la réponse aux événements étant assurée par différents organismes œuvrant lors de la réponse immédiate, et les responsabilités civiles étant prises en charge par les politiques sociales des gouvernements, lors de sinistres naturels et technologiques, notamment.

Tous les événements traumatisants rapportés par les répondants impliquent la présence de composantes pouvant mener à la possibilité d'états de stress post-traumatique. En effet, ces situations favorisent l'apparition des symptômes typiques d'état de stress post-traumatique, telles les pensées intrusives, l'évitement, les réactions neurovégétatives, de même que les vécus de reviviscence. (Brillon, 2001 ; Green, 1994 ; Daligand, 2001).

Un autre point investigué par le questionnaire concerne l'opinion des répondants au sujet des victimes affectées ou non d'antécédents psychiatriques, qui représenteraient selon eux une proportion de 32,3 % des demandeurs d'aide (Annexe 7.2). Il faut admettre ici que la notion antécédents psychiatriques n'ayant pas fait l'objet d'une définition précise lors de l'envoi des consignes aux participants (Annexe 4), une confusion au sujet de cette définition a pu s'installer dans l'esprit des répondants. Quoiqu'il en soit, les événements traumatiques étant reconnus pour provoquer des déséquilibres chez les personnes par ailleurs fonctionnelles psychologiquement, les événements traumatiques, et plus particulièrement les sinistres naturels et les sinistres technologiques, en créant de considérables bouleversements physiques et sociaux, génèrent un milieu propice aux manifestations de déstabilisation et de désorganisation. Les événements reliés à l'activité humaine, peuvent cependant être divisés, selon

qu'ils sont de nature à perturber la collectivité toute entière ou l'individu seul. L'agression sexuelle d'un enfant par exemple – considérée comme une catastrophe individuelle ou « micro-sociale » (De Clercq, 1999), parce qu'elle comporte relativement moins de répercussions collectives - n'induirait pas de conséquences de désorganisation chez ceux qui y sont prédisposés. Par contre, à l'occasion d'événements comme la tempête de verglas en Montérégie – catastrophe collective - où un grand nombre de personnes ont été touchés par des pannes majeures d'électricité, les personnes les plus fragiles psychologiquement ont vécu des moments de vulnérabilité et de désorganisation intense.

Tandis qu'à la suite d'une catastrophe naturelle ou technologique, s'installe parfois un fort sentiment de solidarité et de stabilité, autant chez les individus que dans la communauté (Lefebvre, 2000), certaines études tendent à démontrer que ce ne sont pas toutes les victimes d'un désastre qui développeraient un traumatisme durable. En effet, la vulnérabilité ou la résistance au traumatisme serait fonction de facteurs concernant la nature de l'événement, la présence ou l'absence de facteurs de pré-morbidité ainsi que les facteurs biopsychosociaux du contexte post-traumatique (Coté, 1996 ; Zucker, 1999). Dans la catégorie des événements traumatisants reliés à l'intervention humaine par exemple, plusieurs études suggèrent que les victimes présenteraient une « symptomatologie plus importante » (Maltais et al, 2001a; p. 27) étant fragilisées par les effets inhérents de cette situation, plus particulièrement par l'aspect de l'intention volontaire de l'événement.

Alors que les symptômes persisteront plusieurs mois après le traumatisme, les dysfonctionnements présentés par certaines personnes peuvent devenir chroniques. En fait, certaines études tendraient à démontrer que les personnes ayant déjà vécu des événements traumatisants sont les plus fragilisées par les sinistres (Baum, 1987 ; Ursano et al, 1995), le traumatisme actuel réactualisant un souvenir douloureux, « oublié » par la victime. Par ailleurs, d'autres études suggèrent que l'exposition récurrente aux

événements traumatiques favoriserait l'adaptation et permettrait de mieux traverser les situations traumatiques ultérieures (Janis, 1982), possiblement par un effet de résilience stimulé par l'événement (Delage, 2001). Parfois aussi, les critères déterminant les facteurs de pré-morbidité et de co-morbidité seraient défavorablement déterminés (McLeod et al, 1990).

En outre, les personnes les plus vulnérables - les personnes à faible revenu, les personnes âgées et les itinérants par exemple, et celles ayant déjà vécu des événements traumatisants - sont les plus susceptibles d'être fragilisées par les sinistres. Ce seront probablement ces mêmes personnes qui nécessiteront à nouveau de l'aide – près des trois-quarts des victimes consultant à l'étape court terme sont déjà venues aux étapes précédentes (Annexe no. 7.3 – Compilation des résultats). Ces événements provoqueront à nouveau leur lot de reviviscences (Warheit, 1979 ; Aguilera, 1995), compte tenu de la faible capacité d'adaptation de ces victimes.

Les interventions requises se déroulent tant au niveau individuel que familial, car les raisons de consulter sont variées (Katz et Florian, 1987), l'incapacité à retrouver son équilibre antérieur étant évoquée avec une ampleur renouvelée à chaque étape. En effet, la conscience de la perte de leurs aptitudes à faire face aux situations handicape les individus, et est considéré par plusieurs comme une menace à leur équilibre dynamique, qu'ils jugeaient auparavant satisfaisant.

4.1.1 – Analyse des données recueillies sur l'utilisation des groupes communautaires.

Les travailleurs sociaux utilisant les groupes communautaires disent s'inspirer de trois axes d'action pour ce choix de pratique, soit en

complément / support à leurs interventions, pour leur connaissance du milieu et leur crédibilité dans le milieu. En mettant à profit les forces vives des groupes communautaires - leurs membres, leur dynamisme et leur enracinement dans la communauté - ils favoriseront l'émergence et le développement chez les victimes de liens sociaux et de réseaux, de façon à les encourager à utiliser leurs pairs comme support social. Cette approche repose sur la conviction que les personnes sont en interaction avec leur milieu et c'est dans cette dynamique que l'on se doit de camper l'intervention (Gingras, 1988). Selon la période d'intervention, l'évidence de leur utilité se fait déterminante, surtout aux étapes immédiate et rapprochée après les événements, la crédibilité des membres suscitant l'appui aux interventions de l'intervenant, apportant support et participation envers les objectifs désignés. Le réflexe d'entraide dans la communauté incite à une réponse rapide devant la nécessité de se serrer les coudes : la création de nouveaux liens s'en trouve favorisée, une solidarité nouvelle cimentant les énergies (Lefebvre, 2000).

Par ailleurs, on se doit de noter que les résultats de ce type d'intervention comporte parfois des écueils. Dans les faits, les motivations affichées de recherche d'alliance avec des professionnels, de la part des membres d'un groupe communautaire, heurtent parfois de front les attentes des intervenants professionnels. En effet, ceux-ci, habitués qu'ils sont à fonctionner avec une stratégie d'intervention plutôt systématique, sont à la recherche d'un groupe homogène de personnes, se réunissant à intervalles réguliers, pendant une période de temps assez longue, pour partager leurs problèmes à résoudre. Les appréhensions des professionnels - peur de perdre le contrôle, crainte de revendications subséquentes de la part des personnes regroupées - en font hésiter plus d'un, quant à l'utilisation de l'intervention de groupe et l'intervention communautaire (Home, 1996). Ceci étant dit, une approche respectueuse des besoins à satisfaire, et impliquant certains membres dans la direction du regroupement, favoriseront la confiance en leur propre capacité d'empowerment.

4. 2 - Les étapes de l'intervention et les modèles d'intervention utilisés.

4.2.1 - L'analyse de l'intervention immédiate après l'événement.

Pour tous les types d'événements réunis, la présence des travailleurs répondants sociaux représente une large implication à cette étape : un fort pourcentage d'entre eux provenant des CLSC et de la pratique privée (Annexe 7.1), illustre le fait que les travailleurs sociaux sont parmi les premiers à être sollicités. Lors d'une crise, les autorités gouvernementales ont mandaté les CLSC, à titre de premier répondant psychosocial. Les États-Unis ont, pour leur part, mis sur pied des équipes d'intervention, spécialisées dans le domaine psychosocial et formées en majeure partie de travailleurs sociaux, afin de répondre dans les plus brefs délais aux besoins des victimes (Bell, 1995).

Le fait d'utiliser le modèle intervention de crise (Annexe 7.3 – Compilation des résultats), à l'étape immédiate après l'événement, répond aux besoins travailleurs sociaux, qui désirent, à l'aide de ce modèle, mobiliser les capacités personnelles des victimes, qui elles, doivent faire l'apprentissage d'un nouveau mode d'adaptation face aux pertes (Golan, 1978). Par respect du principe d'autonomie de l'individu, le rôle des travailleurs sociaux favorise alors la découverte de ressources jusque là inexplorées chez des personnes qui, sans aide psychosociale, pourraient tarder à retrouver leur équilibre dynamique et ainsi favoriser le développement du syndrome de stress post-traumatique (OPTSQ, 2002). Pour être en mesure de faire face à ces particularités, la victime devra pour sa part, trouver en elle des capacités de réaction, d'adaptation, de croissance et même de dépassement, puisque l'événement traumatique, malgré sa force, peut représenter en soi un élément positif pour la « victime » (Coté, 1996). En plus de répondre aux besoins de support des victimes, les travailleurs sociaux, en utilisant aussi l'intervention de soutien, visent à renforcer la capacité de prise en charge de

la victime (Guédon et Alary, 1982). Par ailleurs, la verbalisation ne devrait pas figurer vraisemblablement à l'intérieur des 24 heures qui suivent l'événement (MSSSQ, 1998) : en fait, la victime doit bénéficier d'un temps de mûrissement et d'adaptation pour permettre aux mécanismes de défense psychologique de s'atténuer. Particulièrement lors d'événements reliés à l'activité humaine, les résultats obtenus pour la technique intervention post-traumatique n'ont pas apporté les fruits escomptés. C'est que l'utilisation de cette technique - visant à réduire les symptômes de stress post-traumatiques absents à cette étape - n'est pas pertinente à l'étape de l'action immédiate après le sinistre. Elle devrait plutôt être utilisée plusieurs semaines après l'événement, soit à l'étape du retour à la vie normale (CLSC du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1999).

4.2.2 – L'analyse de l'intervention rapprochée après l'événement.

Les pertes occasionnées par un sinistre vont produire des impacts psychosociaux chez la population touchée ; ces pertes vont entraîner une menace pour l'intégrité de la personne, car des points de repère ont disparu. Lors de la phase rapprochée, qui correspond à l'étape des constats, les victimes prennent pleinement conscience des pertes et des deuils qui suivront. Pour être en mesure de faire face à cette situation, la victime en détresse émotionnelle devra changer sa perception d'elle-même et des autres, et trouver en elle, en rassemblant les pièces éparses, des motifs de rebâtir sa vie.

Pour répondre à ce type particulier de besoins, les travailleurs sociaux engageront leur action auprès des victimes avec les techniques intervention de soutien (support) et intervention de verbalisation (écoute de cette détresse), correspondant à des techniques d'appui et de reconnaissance des problèmes rencontrés par la victime. Car c'est à cette étape que la technique de la verbalisation assure un résultat optimal. La verbalisation favorise le

partage de l'expérience vécue et des réactions émotionnelles entre les victimes, en leur permettant d'obtenir du réconfort et des explications sur ce qu'elles ressentent (MSSSQ, 1998). Pour l'intervention proprement dite, appuyer son intervention sur le modèle intervention de crise (mobilisation) confèrera à l'intervenant des outils pour collaborer à la nouvelle organisation et la restructuration des valeurs de la victime, qui doit faire l'apprentissage d'un nouveau mode d'adaptation (Golan, 1978). En complément à cette intervention, l'intervenant pourra aussi favoriser l'utilisation du réseau social personnel (proche), ainsi que du réseau social communautaire (étendu), en extension aux autres outils d'intervention du travailleur social (Guédon et Alary, 1982). Par l'utilisation du modèle intervention communautaire, il favorise le réseau d'aide naturelle de la personne, en misant sur le pouvoir et le contrôle des individus, des groupes et des communautés sur leur propre destinée (Besson et Guay, 2000 ; Gingras, 1988). Avec l'intention de considérer et de respecter l'intégralité de la personnalité des victimes, les aspects cognitif, comportemental, psycho-émotionnel, physique et matériel seront pris en compte avec l'utilisation de l'intervention psychosociale (Hollis et Woods, 1981). Celle-ci, en visant la résolution progressive des problèmes rencontrés, favorise le retour au confort et à l'harmonie éprouvés avant les événements traumatisants. Cependant, l'utilisation de la technique intervention post-traumatique a été encore à cette étape, utilisée à mauvais escient, lors de sinistres reliés à l'activité humaine. L'utilisation de cette technique, visant à réduire les symptômes de stress post-traumatique n'apporte pas les résultats attendus. Celle-ci ne peut pas performer à son plein potentiel à cette étape, car les victimes ont besoin idéalement de quelques semaines après l'événement, pour comprendre et accepter leurs pertes, qui se produira à l'étape du retour à la vie normale (CLSC du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1999).

4.2.3 – L'analyse de l'intervention à court terme après l'événement.

Utilisé à bon escient à l'étape de l'intervention à court terme, le modèle intervention en vue d'une résolution de problèmes, en mettant l'accent sur les problèmes tels que présentés par la victime, soit sur l'événement qui a suscité la crise, ainsi que les facteurs qui rendent la victime incapable de résoudre son problème - vise à résoudre certaines difficultés que les victimes trouvaient jusque là insurmontables (Du Ranquet, 1981). L'accent mis sur l'identification et les solutions possibles aux problèmes de la victime lui permettront un sentiment de reprise en mains. Quant au modèle intervention psychosociale, l'emploi des facultés de médiateur du travailleur social dans une perspective de mobilisation des ressources de l'environnement de la victime, satisfait à la problématique, considérant que les conflits familiaux se retrouvent au deuxième motif de consultation des problématiques rapportées. À la suite d'un événement traumatique, le terrain est propice au développement de conflits familiaux de toutes sortes, souvent reliés à d'autres motifs de consultation, tels la perte d'emploi, les pertes matérielles et les problèmes financiers qui en découlent. Par une évaluation continue, et en tenant compte de l'ensemble des besoins biopsychosociaux des victimes - consciente de ses pertes, la personne éprouvera des émotions intenses - le travailleur social légitimera et normalisera cette souffrance.

L'utilisation de la technique intervention post-traumatique, que le travailleur social emploie ici au moment opportun à l'étape du retour à la vie normale (CLSC du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1999), réduit les symptômes de stress post-traumatique, et redonne à la personne la capacité d'agir sur sa vie et d'en reprendre le contrôle. Comme à l'étape précédente, la complémentarité de la technique intervention de soutien visant, par le reflet, l'écoute et la reformulation, à modifier la perception des événements par la victime, renforce l'action de l'intervention post-traumatique (Guédon et Alary, 1982). Par ailleurs, l'intervention communautaire, favorisant le réseau d'aide naturelle de la personne, est proposée et utilisée comme un élément

indispensable à cette étape. Cette stratégie d'intervention mise sur la force du groupe, où l'individu se perçoit faisant partie d'un tout (Gingras, 1988). En outre, les modèles employés durant cette période tiennent compte du délai depuis l'événement, puisque après trois mois, les victimes sont confrontées à des problèmes particuliers qu'elles n'arrivent pas à résoudre d'elles-mêmes.

Considérant que les victimes de sinistres sont confrontées à la dure réalité du retour à la vie normale, elles devront assumer des pertes douloureuses, l'absence d'un être cher, des pertes matérielles, les difficultés à retrouver leur équilibre antérieur. Or, à cette étape où les sinistrés ne reçoivent plus l'attention de manière aussi intense qu'au début des événements et qu'ils ne sont plus le centre d'intérêt dans l'actualité, certains devront affronter un « deuxième » événement traumatique (Dodds, Nuehring, 1996 ; Lefebvre, 2000), faire reconnaître leurs pertes par les compagnies d'assurances, par exemple. Pour d'autres, ce sera d'apprendre à vivre la solitude. À l'image de l'étape précédente, la prise de conscience que leur vie entière s'est trouvée bouleversée, et l'inconfort psychologique provoqué par cette situation comporte un volet de remise en question des buts et de la finalité de leur vie, questionnement avec lequel ils devront composer (Aguilera, 1995). Parce qu'il faudra intégrer ces événements au continuum de leur vie, les efforts déployés par la victime requièrent toujours support et sympathie (Cyrulnik, 1999).

4.2.4 – L'analyse de l'intervention à moyen terme après l'événement.

Pour tous types d'événement confondus, l'implication des travailleurs sociaux subit à nouveau une baisse importante à cette étape, par rapport à la précédente. Et comme à la période précédente, les victimes de sinistres auront encore besoin de l'aide des travailleurs sociaux pour cheminer dans un processus de deuils non résolus. Les victimes devront régulariser, avec

l'aide des travailleurs sociaux, des situations pour lesquelles ils devront prendre des dispositions impliquant parfois des décisions déchirantes.

Parce que certaines difficultés font barrage à la compréhension de ses problèmes, les travailleurs sociaux utilisent les forces vives de l'intervention en vue d'une résolution de problèmes – aide à l'identification claire du problème – et propose à la victime de devenir l'artisan de la résolution de son problème (Du Ranquet, 1981). Par l'utilisation de l'intervention psychosociale, le travailleur social, mettant à profit la relation de confiance établie avec la victime, et la justesse de son diagnostic, cherche à prendre en compte les besoins biopsychosociaux de la victime par une évaluation continue. Également utilisée, la technique intervention post-traumatique, adoptée pour son approche individuelle, se fait dans le but d'encourager la victime à poursuivre son processus de reconstruction, alors qu'elle se retrouve seule, à l'étape du retour à la vie normale.

Par ailleurs, au moment où une personne fait une demande d'aide, on peut concevoir qu'elle se trouve en période de crise de stress post-traumatique, vécue à retardement. Le choix de travailler avec le modèle cognitivo-comportemental trouve son utilité à cette période, en favorisant l'intégration émotionnelle du traumatisme ; cette intervention sera effectuée dans le but de diminuer les reviviscences de l'événement, et encouragera à une reprise des activités normales quotidiennes (Brillon, 2001).

Avec l'accord des victimes, les travailleurs sociaux devront s'assurer d'un suivi pour des problèmes de santé mentale développés chez certaines de ces victimes à la suite de l'événement traumatique (De Clercq, 1999). À l'étape des interventions à moyen terme après l'événement, une grande vigilance est de mise. L'événement catalyseur de cette situation peut avoir été vécu relativement bien par la victime, sans laisser de traumatisme apparent à ce moment-là. Par contre, il est possible que des symptômes

tardifs de détresse soient apparus après ce délai de 6 mois ; selon le DSM-IV (1996), cette réaction tardive est qualifiée de « survenue différée ». Il faut donc considérer que le modèle intervention de crise peut être utilisé auprès d'une personne qui consulte pour une première fois à cette étape. Une fois les impacts visibles résorbés, on a tendance à penser que tout le processus traumatique est bouclé et donc, finalisé. Les blessures physiques peuvent être cicatrisées, mais chez certaines victimes, les blessures psychologiques risquent d'être encore présentes très longtemps après le sinistre.

Pendant la période d'intervention immédiate, le stress se maintient à un niveau élevé chez les victimes, tout autant que chez les intervenants. Le manque d'organisation des autorités en charge, les conditions physiques d'exécution du travail, et le manque de ressources aux premiers jours du sinistre, conjugués à l'exigence de devoir s'adapter rapidement à une situation régie par un contexte souvent troublant, représente le contexte de base d'exécution des interventions (Maltais et al, 2001b). À la lumière des données compilées à l'aide du questionnaire, plusieurs travailleurs sociaux sont quand même intervenus en étant personnellement affectés par le sinistre, dans un pourcentage de 7% à 15 %, selon les étapes. (Annexe no. 7.1 - Information personnelle et professionnelle).

4.3 – Analyse des résultats en rapport avec la première hypothèse.

Lors de la compilation des réponses de la question 14, concernant la satisfaction exprimée envers la contribution de la formation universitaire, afin de répondre aux besoins des victimes, une insatisfaction marquée (81,3 %) est apparue au sujet de la formation universitaire reçue. Cette affirmation semblait infirmer la formulation de la première hypothèse, qui s'énonçait ainsi :

- la contribution de la formation universitaire et des formations d'appoint favorise l'acquisition de différents modèles et techniques d'intervention comme outils de dépistage et de réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

L'analyse bivariée porte sur l'examen de la relation qui unit deux variables et permet de vérifier la force de l'association entre ces deux variables (Mayer, 2000). Ainsi, pour les questions 7 et 12, il est de $x_e^2 = 17,396$; pour les questions 7 et 13, il est de $x_e^2 = 16,7916$, (Tableau no 5 - Tableau du Chi carré (x^2) et coefficient de contingence (C) des modèles d'intervention). Par conséquent, plus la valeur du x^2 est grande, plus grand est le degré d'association entre les deux variables. On peut croire qu'il y a un lien entre la formation suivie par les travailleurs sociaux et le dépistage et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

Par ailleurs, plus de précision est ainsi obtenue au sujet de l'association entre les deux variables des questions 7 et 14, à savoir si elle est de l'ordre des perceptions ou de la réalité. Ainsi, le $x_e^2 = 3,9751$ démontre que l'hypothèse nulle est acceptée et on peut croire que la contribution de la formation universitaire et la réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques sont indépendants. Contrairement à la perception de la part de nos répondants, il est donc inexact de prétendre que la contribution de la formation universitaire est inadéquate pour répondre aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la perception de nos répondants : l'ampleur du sinistre ayant souvent un effet déstabilisant, ceux-ci veulent développer une réponse précise et spécifique à la problématique qui se présente à eux. D'autre part, la réponse « adéquate » relève plus souvent

qu'autrement de l'expérience, de la confiance en leurs propres moyens et expertise, s'appuyant sur la formation générale reçue à l'université.

Il ressort que la première hypothèse - la contribution de la formation universitaire et des formations d'appoint favorise l'acquisition de différents modèles et techniques d'intervention comme outils de dépistage et de réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques - se voit confirmée.

4.4 – Analyse des résultats en rapport avec la deuxième hypothèse.

La compilation des résultats par étape a fourni une série de données qui seront utilisées ici pour démontrer la justesse de la deuxième hypothèse, qui se formule ainsi :

- la période d'intervention et le type d'événement conditionnent le choix du modèle d'intervention.

Nous avons choisi d'utiliser le coefficient de contingence (C) en vue de valider cette deuxième hypothèse. L'examen des interventions (Tableau no. 6 - Tableau du Chi carré et coefficient de contingence), subdivisées en événements naturels, technologiques et reliés à l'activité humaine, fait ressortir pour chaque période, des variations qui sont dues au choix du modèle d'intervention effectué par les travailleurs sociaux, choix effectués en fonction de la problématique soulevée par les victimes, en contexte du type d'événement et de la période de crise visée.

À l'étape immédiate, une adéquation entre le modèle intervention de crise et les besoins des victimes se produit, lors d'événements naturels et

technologiques. L'objectif thérapeutique minimal de l'intervention de crise est la résolution psychologique immédiate de la crise : l'apprentissage de nouveaux modes d'adaptation permettra à la victime, d'avoir accès parmi ses modèles d'adaptation habituels, à son potentiel de réaction face à un élément agressant (Johnson, McClelland, Austin, 2000). Cette adéquation est cependant moins évidente que prévue pour les événements liés à l'activité humaine : le modèle intervention de crise, lorsque utilisé à ce type d'événement, affiche des résultats moins marqués. En effet, ce type d'événement rend les victimes peu enclines et parfois même réfractaires à recevoir les tentatives d'aide des intervenants, parce que souvent terrassées par la prise de conscience de l'effondrement de leur moi intime (Coté, 1996). Les événements traumatiques liés à l'activité humaine sont par définition, ceux qui blessent l'âme humaine au plus profond. Parce qu'ils sont souvent déclenchés de manière volontaire, ils causent une rupture dans le continuum des repères de vie des victimes, ébranlant leurs certitudes et leurs convictions, dans le rapport qu'elles entretiennent face à elles-mêmes d'abord, et face aux autres. (Lebigot, 2002). Parce que ces blessures touchent aux représentations de l'image de soi et à la perception du sentiment de sécurité établi dans le vécu de la victime, ces atteintes entament la réceptivité de la victime : la pleine perception des blessures n'est pas complétée qu'elle se trouve déjà débordée.

Cette lecture de l'événement permet de comprendre ce que le tableau démontre : peu importe le modèle employé à la période immédiate ($C : 0,4342$), les résultats n'en seront vraisemblablement pas plus satisfaisants. Quant aux résultats obtenus avec l'utilisation de la technique de la verbalisation, lors d'événements naturels et technologiques ($x^2 : 15,1072$ et $15,3203$), ceux-ci incitent à s'interroger sur l'à-propos de l'utilisation de cette technique à cette étape. Les interventions réalisées à l'étape immédiate devraient s'apparenter à un désamorçage de la situation vécue par les victimes, permettant aux défenses psychologiques de s'atténuer, en ventilant à chaud les premières émotions juste après un incident (Pennevaert, 1999). Étape qui n'est pas encore favorable à la verbalisation, technique qui

encourage chez les participants, l'expression de leurs sentiments, en les aidant à mieux comprendre leurs réactions émotives et leurs comportements (MSSSQ, 1994).

On peut donc conclure que le degré d'association entre la période d'intervention immédiate et les événements naturels est fort ($C : 0,5872$), en lien avec le modèle intervention de crise. De même, on peut conclure que le degré d'association entre la période d'intervention immédiate et les événements technologiques est fort ($C : 0,5918$), en lien avec le modèle intervention de crise. Cependant, on ne peut conclure à un degré d'association fort entre la période d'intervention immédiate et les événements reliés à l'activité humaine ($C : 0,4342$), et cela, quel que soit le choix du modèle d'intervention. Malgré que le chi carré ($\chi^2 : 8,2747$) du modèle intervention de crise, utilisé lors d'événements reliés à l'activité humaine, se différencie des autres modèles rapportés, l'utilisation de ce modèle à l'étape immédiate, tendant à favoriser la résolution psychologique immédiate de la crise, serait un moyen inadapté à cette étape.

À l'examen des interventions effectuées à l'étape rapprochée, lors d'événements technologiques (Tableau no. 6 - Tableau du Chi carré et coefficient de contingence), la technique de la verbalisation ($\chi^2 : 23,1473$) a été favorisée par les intervenants. En effet, atténuer les sentiments d'échec ou d'impuissance, normaliser les réactions individuelles (Javaudin, Crocq, 1996), redevenir opérationnels et perméables aux autres approches favorisant le retour à l'équilibre dynamique, correspond pleinement aux besoins perçus par les intervenants. Par ailleurs, à l'occasion d'événements naturels, aucune approche ne se démarque chez les intervenants. Une hésitation à utiliser une approche particulière a pu s'installer chez ceux-ci, si on considère que la période d'intervention première s'est étalée sur une longue période, en majeure partie à l'occasion du verglas en Montérégie et des inondations du Saguenay (Tableau no. 3 - Répartition des sinistres soumis par les répondants). En effet, sur 51 sinistres naturels rapportés, 47

sont reliés aux événements du verglas (n : 28) et aux inondations (n : 19). À la compilation des données, de nombreux intervenants ont fait mention être intervenus plusieurs jours après le début des événements. L'hésitation pour le choix d'une approche particulière s'explique à la lumière de ces informations.

Par ailleurs, à l'occasion d'événements reliés à l'activité humaine, le faible coefficient de contingence obtenu à l'étape rapprochée (C : 0,3861) peut s'expliquer d'une part, par l'absence de travail avec les modèles d'intervention reconnus - telle l'intervention de crise par exemple - et d'autre part, par l'utilisation de techniques uniquement, celles-ci apportant peu en terme d'aide aux victimes. Néanmoins, l'utilisation de la technique de verbalisation s'est démarquée ici, comparativement aux autres techniques rapportées (χ^2 : 8,4096). Cette technique se trouve reconnue à cette étape (MSSSQ, 1994) pour favoriser chez les participants l'expression de leurs sentiments, en les aidant à mieux comprendre leurs réactions émotives et leurs comportements. Compte tenu de la douleur ressentie par la victime, l'utilisation de la technique de la verbalisation ne permettra à la victime que de ventiler sa souffrance, sans plus. Mais en termes de déblayage préparatoire à un contact ultérieur, cette technique, malgré ses limites, semblerait la moins préjudiciable en regard des besoins des victimes lors d'événements reliés à l'activité humaine. Il faut noter que la technique d'intervention post-traumatique (χ^2 : 4,2048) utilisée à ce moment ne peut apporter l'aide escomptée aux victimes, considérant que ce type de technique ne donnera son plein essor qu'à la période du retour à la vie normale, soit quelques semaines après l'événement.

On peut aussi conclure qu'à l'occasion d'événements technologiques, le degré d'association est fort (C : 0,6159) entre la période d'intervention rapprochée et la technique de verbalisation. Cependant, on peut conclure qu'à l'occasion d'événements naturels, le degré d'association est ambigu (C : 0,5203) entre la période d'intervention rapprochée et les approches

utilisées. Cette ambiguïté peut s'expliquer par l'étalement de l'intervention dans le temps. Enfin, pour les interventions réalisées lors d'événements reliés à l'activité humaine, on peut conclure que le degré d'association est faible ($C : 0,3861$) entre la période d'intervention rapprochée et l'utilisation de techniques d'intervention uniquement.

À l'examen des interventions effectuées à l'étape à court terme, lors d'événements naturels, une intervention clinique, amorcée au-delà des périodes immédiate et rapprochée, donnerait des résultats plus tangibles avec les modèles résolution de problèmes ($x^2 : 39,2391$) et intervention psychosociale ($x^2 : 35,3152$), en apportant à la victime aide professionnelle et support au moment le plus opportun – à court terme - du développement de sa crise. L'utilisation par les intervenants de ces deux modèles peut se justifier, considérant que ces deux modèles se conjuguent bien ensemble, en prenant leur essence dans les fibres systémiques de l'individu – famille et réseaux interpersonnels. Il va de soi que, tant le modèle par la résolution de problèmes que l'intervention psychosociale, ont des répercussions sur l'individu, la famille et le réseau social. L'approche psychosociale considère l'ensemble de la personne en interaction avec son environnement ou écosystème individuel : l'accent porte sur le moi et ses mécanismes d'adaptation (Duss-von Werdt, 1991; Warheit, 1979; Du Ranquet, 1981).

Par ailleurs, à l'examen des interventions effectuées à l'étape à court terme, lors d'événements technologiques, le travailleur social a su se servir avantageusement des modèles résolution de problèmes ($x^2 : 19,1643$), intervention psychosociale ($x^2 : 19,1643$), intervention communautaire ($x^2 : 19,1643$), et intervention post-traumatique ($x^2 : 19,1643$). Toutefois, le travailleur social, par l'emploi de la technique intervention de soutien ($x^2 : 38,3478$) exprime son intérêt, sa sympathie, sa compréhension, son désir d'aider et sa confiance dans les capacités du client (Du Ranquet, 1981), cette technique étant susceptible d'être jumelée à chacune des approches ci-dessus énumérées. Il appert que celles-ci représentent, sur la base

d'éléments communs, un amalgame de valeurs qui supportent l'individu, sa famille et sa communauté.

À l'examen des interventions effectuées, lors d'événements reliés à l'activité humaine, à nouveau deux modèles se retrouvent à l'étape à court terme, soit la résolution de problèmes (x^2 : 26,0921), l'intervention psychosociale (x^2 : 18,2645), et la technique intervention post-traumatique (x^2 : 15,6553). À la période court terme, qui représente la période de retour à la vie normale, la victime prend conscience de ses pertes. Plus celles-ci sont grandes, plus la victime éprouvera des émotions intenses. L'état physique et mental, le soutien social et le sentiment d'appartenance à son milieu peuvent influencer grandement la faculté de récupération. Par l'intervention psychosociale, il tentera d'identifier les réactions physiques, cognitives, psycho-émotionnelles et comportementales provoquées par les symptômes du stress post-traumatiques, afin de réduire ces symptômes. Il exploitera la technique intervention post-traumatique en complément aux deux modèles précités, afin de redonner à la victime la capacité d'agir sur sa vie.

On peut donc conclure qu'à l'occasion d'événements naturels, le degré d'association est fort (C : 0,6909) entre la période d'intervention à court terme et les modèles par la résolution de problèmes et l'intervention psychosociale. Par ailleurs, on peut conclure qu'à l'occasion d'événements technologiques, le degré d'association est fort (C : 0,7454) entre la période d'intervention court terme et l'intervention de soutien, jumelée aux approches post-traumatique, psychosociale, communautaire et résolution de problèmes. Enfin, pour les interventions réalisées lors d'événements reliés à l'activité humaine, on peut conclure que le degré d'association est fort (C : 0,6283) entre la période d'intervention court terme et l'utilisation des modèles par la résolution de problèmes, l'intervention psychosociale et la technique d'intervention post-traumatique.

À l'occasion d'événements naturels, à l'étape à moyen terme (6 mois et plus), l'examen des interventions dévoile que les travailleurs sociaux ont utilisé l'intervention par la résolution de problèmes (χ^2 : 41,7458), l'intervention psychosociale (χ^2 : 36,5276) et la technique intervention post-traumatique (χ^2 : 31,3094) pour supporter ces victimes dans la restauration de leur fonctionnement social. La compréhension par les intervenants sociaux des obstacles éprouvés par les victimes est déterminante pour celles-ci, dans leur capacité à intégrer cet événement dans leur vie. C'est qu'à cette étape, les victimes se retrouvent souvent seules avec des pertes et des tracasseries matérielles qui vont susciter des tensions familiales. En faisant appel à ces approches, les intervenants sociaux assisteront les victimes qui pourront plus rapidement s'adapter à leur nouvel environnement et faire face aux situations difficiles, leur permettant de rétablir après cette épreuve leur équilibre et leur dynamisme antérieurs.

À l'occasion d'événements technologiques, à l'étape à moyen terme (6 mois et plus), les travailleurs sociaux ont employé les modèles intervention de crise (χ^2 : 44,0217) et intervention cognitivo-comportementale (χ^2 : 44,0217). La compilation des données a mis en évidence que seulement deux victimes ont été rencontrées à cette étape. L'intervention cognitivo-comportementale utilise la psycho-éducation, permettant à la victime de revivre le trauma et en expliquant à celle-ci ses symptômes. L'intervention cognitivo-comportementale a donc son utilité dans la résolution des problèmes déclarés : pensées intrusives, flash-back, tendance à l'évitement et l'hyperactivation. Par ailleurs, la seconde victime a été accueillie avec le modèle intervention de crise. Compte tenu qu'habituellement, la victime en état de crise vivra sa période de bouleversement aigu entre 4 à 6 semaines après l'événement, le bien-fondé de l'utilisation de ce modèle à cette étape apparaît sujet à caution. Cependant, rien n'indique à cette étape que la victime n'est pas en état de crise : on peut même penser que la victime se présente en état de détresse intense. Il est fréquent qu'il se soit produit pendant les dernières 24 heures un événement catalyseur, telles des reviviscences. À bout de ressources, le problème ne pouvant être ni résolu ni

évité, une profonde désorganisation incite la victime à consulter et le modèle intervention de crise se trouve répondre aux besoins exprimés.

À l'occasion d'événements reliés à l'activité humaine, à l'étape à moyen terme (6 mois et plus), les travailleurs sociaux ont employé les modèles intervention psychosociale (χ^2 : 43,8522), intervention cognitivo-comportementale (χ^2 : 29,2348) et intervention par la résolution de problèmes (χ^2 : 21,6027). En recourant à l'intervention psychosociale - où le diagnostic constitue le point central permettant d'établir un plan d'action et de l'exécuter de façon efficace - celle-ci permet à l'intervenant de prendre appui sur l'observation et la compréhension du problème et de la personne en situation. Le trouble de stress post-traumatique serait mal diagnostiqué (Mitchell, 2002 ; Participants Reading, 1992), car les intervenants eux-mêmes éprouvent des difficultés à reconnaître la présence de ce syndrome (Samson et al, 1999 ; Pennewear, 1999). Les interventions mal ciblées, la méconnaissance des antécédents psychopathologiques des victimes, tout comme un diagnostic sommaire de l'histoire personnelle - au sens de la compréhension de la vulnérabilité antérieure - favoriseraient même l'apparition de dysfonctionnements connus. Une compréhension psychodynamique du vécu traumatique, basé sur le diagnostic de la personne en situation et l'orientation du plan d'intervention, ne pourrait qu'enrichir nos interventions. Par ailleurs, à l'intérieur de la thérapie cognitivo-comportementale, se retrouve l'intervention par la résolution de problèmes qui devient un outil complémentaire à la première. En effet, L'intervention en vue d'une résolution de problèmes ne cherche pas à atteindre un état d'équilibre définitif, mais à aider le client à résoudre certaines difficultés qu'il trouvait jusque là insurmontables. (Du Ranquet, 1981). La thérapie cognitivo-comportementale favorisera chez la personne l'intégration émotionnelle du traumatisme et fournira à celle-ci toute l'information concernant les symptômes et le trouble de stress post-traumatique qui en découlent. Dans un processus d'exploration, l'intervenant évaluera avec la personne, les émotions ressenties suivant le traumatisme et lui facilitera la compréhension de ses réactions. (Brillon, 2001).

D'autre part, la compilation des données a mis en évidence qu'une victime s'est présentée pour la première fois à cette étape, plus de six mois après l'événement traumatisant. Les symptômes survenant au moins six mois après le facteur de stress (DSM-IV, 1996) sont qualifiés de différés, car leur survenue surgit avec un écart important.

On peut donc conclure qu'à l'occasion d'événements naturels, le degré d'association est fort ($C : 0,7373$) entre la période d'intervention à moyen terme et les modèles d'intervention par la résolution de problèmes, psychosociale et la technique d'intervention post-traumatique. Par ailleurs, on peut conclure qu'à l'occasion d'événements technologiques, le degré d'association est fort ($C : 0,6993$) entre la période d'intervention moyen terme et l'intervention cognitivo-comportementale et l'intervention de crise. Enfin, pour les interventions réalisées lors d'événements reliés à l'activité humaine, on peut conclure que le degré d'association est fort ($C : 0,7023$) entre la période d'intervention moyen terme et l'utilisation des modèles intervention psychosociale, cognitivo-comportementale et par la résolution de problèmes.

Pour achever cette démonstration, au sujet des événements naturels et technologiques, les résultats de l'analyse confirment qu'un degré d'association se constitue entre les modèles d'intervention employés, versus les périodes visées. Et même qu'il s'intensifie, au fur et à mesure du passage du temps, par rapport aux besoins des victimes. Ces résultats démontrent que, mis à part les éléments révélés pour les événements reliés aux activités humaines, à la période d'intervention immédiate et rapprochée, les coefficients de contingence se situent nettement au-delà de la valeur 0,5. On peut donc en conclure qu'il existe un degré d'association probant entre les modèles d'intervention utilisés et les périodes - immédiate, rapprochée, à court terme et à moyen terme.

4.5 - Discussion et commentaires sur les résultats.

D'une manière générale, les données recueillies ont permis de récolter d'abondantes informations en référence au plan proposé dans la méthodologie, sur les quatre composantes explorées dans le questionnaire, soit le comment, le quoi, le pourquoi et le quand. Par ailleurs, imprévues lors de l'élaboration et la conception du questionnaire de ce mémoire, des lacunes dans les conditions d'interprétation du questionnaire sont apparues flagrantes à la correction. Certaines d'entre elles seront développées et commentées dans les lignes qui suivent.

Conformément à la théorie de la probabilité - principe scientifique selon lequel il n'y a aucune certitude absolue, en particulier dans les relations de cause à effet qu'un événement se produise (Gauthier, 1984), - on doit s'attendre à la probabilité que les résultats du modèle employé varient en fonction des conditions associées à l'événement traumatique. C'est ainsi qu'à l'occasion de l'étude des données compilées dans les questionnaires, des résultats contradictoires ont été rapportés. La division des périodes d'intervention, pourtant basée et documentée par la recension des écrits, n'a pas permis de rendre compte de toutes les possibilités d'intervention vécues par les répondants. À l'exemple de la tempête du verglas en Montérégie et lors des inondations au Saguenay, les travailleurs sociaux ont eu à répondre sur une longue période – de quelques jours à quelques semaines - aux appels d'aide des différents paliers d'intervention concernés. En effet, les bulletins de nouvelles télévisées et les rapports gouvernementaux concernant les besoins en secours et aide psychosociale évoluaient d'heure en heure, renouvelant la perception de l'inédit de la situation. Transposée au moment de répondre au questionnaire, cette situation a favorisé une certaine ambiguïté chez les intervenants. Ceux-ci ont eu à se remémorer l'étape d'intervention, ainsi que l'état précis de la situation où ils sont intervenus, pour ensuite préciser le choix du modèle ou technique d'intervention utilisé. Cet effort de mémorisation au sujet de cette intervention antérieure peut avoir

causé un biais, quant à l'utilisation réelle du modèle rapporté comme employé à ce moment.

Sur un autre plan, s'informant de la présence ou non d'antécédants psychiatriques chez les victimes, la question 22 telle que libellée, a suscité des témoignages erronés sur l'appréciation de l'état psychiatrique des victimes. En effet, ce concept, absent dans le feuillet de précisions « Informations et consignes au participant » du questionnaire de recherche, a été variablement interprété par les participants. L'ordonnancement avec la question suivante et le libellé de la question a induit en erreur les répondants, suggérant possiblement que, parmi les victimes de désastres se présentant à eux, se trouverait un nombre plus élevé de victimes affectées d'antécédants psychiatriques. Cette formulation maladroite cherchait à documenter si de telles situations de crise, reconnues déstabilisantes pour les personnes affectées d'antécédants psychiatriques, faisaient ressortir plus cruellement leur fragilité, en accaparant davantage les ressources offertes. Les données fournies par les répondants ne peuvent donc pas être considérées comme décrivant la réalité des victimes rencontrées.

Dans le même ordre d'idées, la question 23, en suivant immédiatement celle sur les antécédants psychiatriques, a probablement embarrassé les répondants, en laissant suggérer l'éventualité d'un possible lien avec la question précédente. Cette question cherchait à faire confirmer ou infirmer si la réédition d'événements traumatisants, par une éventuelle familiarité du vécu traumatique, fragilisait ou fortifiait les victimes, par une réaction de résilience. Pour les mêmes raisons de contamination, cette situation incite à invalider les résultats obtenus.

Par ailleurs, il serait souhaitable que les travailleurs sociaux se sensibilisent à développer de façon préventive, une culture d'alliance avec les groupes communautaires. En jouant un rôle de mobilisateur, le travailleur social

suscitera l'intérêt de la communauté à se prendre en charge et à participer à la réorganisation de la vie communautaire (Gingras 1988). L'intervention communautaire est une approche propre au service social, et ce questionnaire a cherché à en mesurer l'utilisation, en cernant ses contraintes et ses avantages. Mais force est de constater que peu de travailleurs sociaux ont le réflexe d'utiliser ces groupes. En effet, les appréhensions des professionnels sont nombreuses : la peur de perdre le contrôle et la crainte de revendications subséquentes de la part des personnes regroupées en font hésiter plus d'un. (Home 1996)

Concernant l'analyse des résultats en rapport avec la première hypothèse, il est démontré par la validation de cette hypothèse, que malgré la perception négative concernant leur formation universitaire, la perception des répondants quant à la contribution de la formation universitaire est infirmée, et leur insatisfaction à ce sujet non justifiée. Par contre, il faut admettre que ne peut être garanti la pleine connaissance des modèles acquis. En outre, les formations d'appoint, en ajout à la contribution de la formation universitaire, favorisent l'acquisition de compétences et de techniques d'intervention comme outils de dépistage en réponse aux besoins des victimes d'événements traumatiques.

Les résultats en rapport avec la deuxième hypothèse démontre clairement que la période d'intervention et le type d'événement conditionnent le choix du modèle d'intervention. Cependant, cette adéquation est moins évidente pour les événements reliés à l'activité humaine, lors d'interventions à l'étape immédiate. En effet, ce type d'événement rend les victimes peu enclines et parfois réfractaires à recevoir les tentatives d'aide des intervenants, parce que souvent terrassées par la prise de conscience de l'effondrement de leur moi intime. Les événements reliés à l'activité humaine, parce qu'ils sont souvent déclenchés de manière volontaire, provoquent les traumatismes les plus destructeurs (Côté, 1996). Fréquemment, ils sont le résultat de la violence d'un être humain à l'égard de son semblable. Aussi, les

interventions réalisées à l'étape immédiate devraient s'apparenter à un désamorçage de la situation vécue par les victimes, permettant aux défenses psychologiques de s'atténuer, en ventilant à chaud les premières émotions justes après un incident (Pennewaert, 1999). Par contre, il faut admettre que ne peut être garanti la pleine connaissance du modèle rapporté utilisé.

CONCLUSION.

Cette recherche a permis de vérifier auprès d'un échantillon de 92 travailleurs sociaux leur contribution dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, portant sur la pratique des travailleurs sociaux lors de situations d'urgence, et plus précisément sur le choix du modèle d'intervention utilisé pour venir en aide aux victimes de tels événements.

Telle que pressentie lors de la confection du questionnaire, sa division en deux parties a voulu mettre en lumière l'influence du contexte d'intervention – à savoir les formations reçues, la nature des événements en cours et les stratégies d'intervention utilisées en regard de leur efficacité. La compilation et l'analyse des données soumises par les répondants démontrent que, malgré la perception critique des répondants, concernant leur formation universitaire pour répondre aux besoins de victimes d'événement traumatique, les interventions effectuées lors de ces événements apparaissent appropriées. À preuve, l'analyse des données confirme qu'au-delà des étapes de développement du sinistre, l'utilisation des modèles d'intervention cerne adéquatement la situation et semble satisfaire aux besoins exprimés par les victimes. Sauf pour les techniques de verbalisation et d'intervention post-traumatique, pour lesquelles les données recueillies au questionnaire démontrent l'utilisation aux mauvaises périodes d'intervention, la plupart des modèles d'intervention sont employés durant la bonne période d'efficacité, en référence aux recommandations des auteurs recensés.

Cette analyse illustre certaines prémisses entrevues lors de la recension des écrits. Les différents aspects de cette recherche soulignent que les concepts de stress post-traumatique, de sinistre et des modèles d'intervention sont inter-reliés dans la réalité des travailleurs sociaux intervenant lors de situations d'urgence et de ce fait, s'avèrent difficiles à départager clairement.

Ces « stratégies » d'interventions incluent aussi d'autres paramètres lors du choix du modèle : le type d'événement (naturel, technologique ou reliés à l'activité humaine), la période d'intervention dans la crise et, dans une moindre part, le type de clientèles (jeunes ou adultes).

À l'occasion d'interventions effectuées à la période immédiate, le modèle intervention de crise et la technique de verbalisation sont apparus les plus utilisées auprès des victimes. Cependant, la fréquence d'utilisation d'un modèle ne confirme pas sa pertinence. En effet, la technique de verbalisation est employée à tort à cette période, alors qu'elle ne devrait pas être utilisée à l'intérieur des 24 heures suivant l'événement : un temps de maturation psychologique est nécessaire aux victimes avant qu'elles ne soient réceptives à ce type de technique. La période immédiate est plutôt propice au désamorçage de la crise, et employer le modèle intervention de crise permet de vérifier l'état de désorganisation de la victime.

Par ailleurs, à la période rapprochée - par exemple lors des inondations au Saguenay et de la crise du verglas en Montérégie -, la durée des interventions et les difficiles conditions d'exercice rapportées par les répondants, les pressions provenant des autorités locales et gouvernementales ont induit des conditions de stress qui ont pu déstabiliser l'organisation rigoureuse des services professionnels requis. Par exemple, les conditions d'exécution d'une séance de verbalisation doivent être respectées (soit un nombre maximal de 12 personnes, et l'homogénéité des participants au groupe primaire, secondaire ou tertiaire), car elles sont nécessaires aux victimes : elle leur permet de se retrouver entre elles, au même stade du déséquilibre engendré par la crise. Initialement, la technique de verbalisation s'adressait aux seuls membres des équipes d'intervention, facilitant ainsi la composition d'un groupe homogène, le contrôle du nombre de participants et le moment opportun d'utilisation de cette technique. La technique de verbalisation tire son efficacité du respect de ces critères.

Tous ces aspects confirment la controverse existante au sujet de la technique de verbalisation. En effet, le manque de rigueur dans l'application des exigences propres à cette technique, la mauvaise évaluation des besoins des victimes et la méconnaissance des symptômes du vécu traumatique, conduisent irrémédiablement à une déconvenue certaine des efforts investis lors de séances de verbalisation.

Parce que les travailleurs sociaux connaissent bien leur clientèle - souvent de manière personnelle et souvent aussi comme citoyens dans leur communauté - ils développent une vision globale des composantes - humaines et sociales - de cette communauté. Mais l'individualisme actuel favorise une approche sociale individuelle. Par contre, à l'occasion d'un sinistre où la communauté nécessitera une intervention collective, chacun, en tant que membre de cette communauté, apportera sa contribution et participera de manière active à la solution finale. Pour cette occasion, l'intervention communautaire, propre au service social, offrira une clé facilitant le rassemblement et la résolution de la problématique, en apportant support et soutien à la communauté. Elle s'utilisera facilement en complément aux autres moyens mis en œuvre par la collectivité.

Un autre point à mettre en valeur dans la société concerne le fait que des travailleurs sociaux devraient faire partie de façon systématique des équipes d'urgence. En mettant l'accent sur les interventions où le client appartient à une communauté en situation de crise, le travail social et ses intervenants promulgueront une approche tant humaine (individuelle) que communautaire (sociale), en mettant en valeur leur savoir, leur savoir-être et leur savoir-faire, permettant d'affirmer leurs particularités et différences avec les autres intervenants appelés lors de sinistres. En ces temps de réorganisation des fonctions de l'État et de ses employés, mettre l'accent sur le savoir-faire des travailleurs sociaux en approche communautaire permettra à la profession du travail social d'affirmer sa spécificité, en démontrant son savoir-faire distinct lors de situations de crise.

Lors d'intervention de type « sécurité civile », l'accent est habituellement mis sur l'aspect sécurité collective ou de masse avant toute chose, et cela se justifie aisément. Cependant, les conséquences biopsychosociales individuelles des désastres sur les victimes sont tout aussi réelles et justifient à elles seules, les efforts consentis pour les recherches effectuées à ce sujet. Pour les victimes, les situations traumatiques et surtout celles vécues alors que sont décrétées les mesures d'urgence, comportent une large part de traumatisme, de blessures et de pertes, tant physiques qu'émotives, et de stress post-trauma. Plus les pertes sont graves et plus profondes seront les émotions ressenties, suscitant le développement de difficultés de fonctionnement. Par ailleurs, ces situations perdurent parfois plusieurs semaines, sinon des mois avant que les victimes ne parviennent à recouvrer un tant soit peu leur intégrité et leur équilibre.

Privilégier pour cette étude l'analyse quantitative comportait une limite en soi. En effet, le fait de dénombrer la fréquence d'utilisation d'un modèle par exemple, ne nous renseigne pas adéquatement sur sa pertinence, non plus que sur les bénéfices anticipés par le travailleur social pour la victime en cause. Ainsi, l'aspect utilisation de certains modèles - en regard du dépistage et de la reconnaissance des besoins spécifiques des victimes de crises ou d'événements traumatiques d'une part - ainsi que l'aspect satisfaction à l'égard des formations offertes pour faire face aux besoins suscités par ces crises, d'autre part - a pu canaliser la majeure partie de l'attention dévolue à l'aspect de la pratique professionnelle. De plus, cette recherche n'a pas cherché à vérifier les résultats de l'utilisation des modèles auprès des victimes d'événements traumatiques, ce qui aurait vraisemblablement permis de valider la pertinence des interventions professionnelles en ce domaine. Malgré tout, l'impulsion de départ de cette recherche, suscitée par une participation aux interventions en appui aux demandes d'aide lors du verglas de 1998 en Montérégie, se trouve satisfaite par les résultats obtenus. Quoique ceux-ci soient explicites quant à la bonne utilisation générale des modèles et techniques mis en œuvre à l'occasion de situations de crise, ces données suggèrent simplement qu'à travers la fréquence d'utilisation d'un

modèle en particulier, se voit accrédi-ter la pertinence des acquis - universitaires, d'appoint et expérimentiels - face aux résultats attendus. La mise en relation de la formation, en regard des résultats escomptés par l'intervenant avec un modèle particulier, réitère la nécessaire diversité des caractères distinctifs des modèles mis à la disposition des intervenants sociaux.

Bien que cette recherche n'ait fait qu'aborder certains aspects de l'exécution de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en situations de crise, les résultats obtenus – et ceux dont l'absence se fait sentir - incitent à explorer d'autres avenues plus avant : des entrevues individuelles et de groupe, par exemple, auraient sûrement permis d'approfondir certains aspects, tels les motifs influençant le choix d'un modèle en particulier. Malgré ces lacunes, les lectures des études effectuées dans le domaine des situations d'urgence encouragent à développer un instrument de recherche approprié. Faire confiance aux motivations professionnelles des répondants, en regard des choix parmi les modèles d'intervention possibles, permet d'apprécier leur compréhension des interventions, et leur sens des responsabilités en lien avec les conséquences des actions accomplies lors d'interventions d'urgence.

Au-delà des limites de cette recherche - et des attentes et débats prévisibles qu'elle suscitera - il est à souhaiter que les résultats obtenus apporteront un éclairage différent sur la reconnaissance des pratiques des travailleurs sociaux et sur l'emploi actuel de la profession lors de situations de mesures d'urgence. Promouvoir la spécificité des travailleurs sociaux permettra d'éviter que n'y soient diluées, dans le processus de gestion des mesures d'urgence, nos préoccupations professionnelles, à savoir les besoins spécifiques de l'individu, de la famille et de la collectivité. L'évaluation de nos pratiques et, parallèlement l'actualisation / consolidation de nos acquis pédagogiques, notamment par la recherche, légitimeront cette



reconnaissance. Les travailleurs sociaux particulièrement sont invités à poursuivre la recherche à ce sujet.



BIBLIOGRAPHIE

- Aguilera, Donna C. (1995). *Intervention en situation de crise*. ERPI Édition. Traduction de *Crisis intervention. Theory and methodology*. 6^e édition. © 1990. The C.V. Mosby Compagny.
- Alary, Jacques. (1999). Quelques enjeux de la pratique et de la formation en service social. Numéro spécial 30^e anniversaire de *Intervention*. 110 : 17 -24.
- Baum, A. (1987) Toxins, technology and natural disasters. Cité par Maltais, D. et al. (2001a). Chicoutimi. *Désastres et sinistrés*. Les Éditions JCL.
- Bell, Janet-L., (1995). Traumatic event debriefing : service delivery designs and the role of social work. *Social work*. 40 (1) ; p. 36 – 43.
- Berren, Micheal-R., Beigel, A., Ghertner S. (1980). A typology for the classification of disasters. *Communauty mental health Journal*. 16 (2) ; 103-111.
- Besson, Christiane, Guay, J. (2000). *Profession : travailleur social – Savoir évaluer, oser, s'impliquer*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Brillon, Pascale (2001). *Diagnostic et traitement cognitivo-comportemental du TSPT. – Guide de pratique*. Presses de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Brillon, Pascale, G. Bouthillier, P. Savard, M.-J. Dugas. (2001). Les étapes de la résolution de problèmes. *Le clinicien*. Août, 2001 : 102-109.
- Brunet, Alain. (1996). Expositions récurrentes aux événements traumatiques : inoculation ou vulnérabilité croissante ? *Santé mentale au Québec*. 21 (1) : 145-162.
- Brunet, Alain. (1993). Quelle est la valeur des divers traitements psychologiques proposés pour le trouble de stress post-traumatique ? *Science et comportement*. 23 (2) : 83-98.
- C.L.S.C. du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (1999). Conférence régionale. *L'intervention psychosociale en mesure d'urgence*. Volet Intervention post-traumatique.
- Colin, Michèle, Lavoie, P., Delisle, M., Montreuil, C., Payette, G. (1992). *Initiation aux méthodes quantitatives en sciences humaines*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Côté, Louis. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec*. 21 (1) : 209-228.

Cottencin, O., Vaiva, G., Ducrocq, F., Goudemand, M. (1999). Syndrome de stress post-traumatique : actualités thérapeutiques. *Médecine de catastrophe – Urgences collectives*. (2) : 184 – 187

Crocq, Louis. (1996). Critique du concept de stress post-traumatique. *Perspectives psychiatriques*. 35 (5) : 363 – 376.

Cyrułnik, Boris. (2002) Paris. *Un merveilleux malheur*. Éditions Odile Jacob.

Daligand, Liliane. (2001). Culpabilité et traumatisme. *Revue francophone du stress et du trauma*. 1 (2) ; 99 – 101.

De Clercq, Michel. (1999). Les répercussions psychiatriques et psychosociales des catastrophes et trauma graves. *Médecine de catastrophe – Urgences collectives*. (2) : 73-78.

De Clercq, Michel. (1999). L'abord thérapeutique des victimes de catastrophes et de traumatismes psychiques. *Médecine de catastrophe – Urgences collectives*. (2) : 79-82.

Delage, Michel. (2001). La résilience: approche d'un nouveau concept. *Revue francophone du stress et du trauma*. 1 (2): 109 – 116.

Dodds, Sally, Nuehring, E. (1996). A primer for social work research on disaster. *Research on social work disasters*. 22 (½) : p. 27 – 56.

Dorais, Michel. (2001). Les travailleurs sociaux sont tous des chercheurs... y compris ceux et celles qui s'ignorent. *Intervention*. 114 : p. 86 – 95.

Dubois, Vincent. (2003). Approche familiale du psychotraumatisme individuel. *Revue francophone du stress et du trauma*. 3 (1) ; 35-38.

Du Ranquet, Mathilde. (1981). *L'approche en service social – Intervention auprès des personnes et des familles*. Edisem / Le Centurion.

DSM-IV. (1996). *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*. – 4^{ème} Édition. American psychiatric Association. (Version internationale, Washington, D.C. 1995) Masson, Paris.

Figley, Charles *et al.* (1995). *Prevention and treatment of community stress: how to be a mental health expert at the time of disaster*. Cité par *Disaster mental health response – handbook*. New South Wales Institute of psychiatry.(2000).

<http://www.nswiop.nsw.edu.au>

Page consultée en mars 2001.

Fortin, Marie-Fabienne. (1996). Montréal. *Le processus de la recherche – de la conception à la réalisation*. Décarie Éditeur Inc.

Gaudreault, Arlene. (2002). Chicoutimi. Victimes de crime et victimes de catastrophes : des parallèles à établir. *Catastrophes et état de santé des*

individus, des intervenants et des communautés. Sous la direction de Danielle Maltais. Université du Québec à Chicoutimi. P. 35 - 42

Gauthier, Benoît. (1984). Québec. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données.* Presses de l'Université du Québec.

Guédon, Marie-Chantale, Alary, J. (1982). *Les modèles d'intervention en service social.* École de service social, Université de Montréal.

Gingras, Pauline. (1988). *L'approche communautaire : essai de conceptualisation.* Québec. *Centre de recherche sur les services communautaires,* Université Laval.

Golan, Noemi. (1978). *Treatment in crisis situation.* NY, Free Press.

Gouvernement du Québec - Loi sur les services de santé et les services sociaux. (L.R.Q., chapitre S - 4.2, article 80).

Green, B. L. et al (1994). Posttraumatic stress disorder in victims of disasters, cité par Lalande, G. et al, *Les sinistrés des inondations de 1996 au Saguenay : problèmes vécus et séquelles psychologiques.* Santé mentale au Québec. Vol : 25 (1) ; 95 – 115.

Green, B. L. et al (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample, cité par Lalande, G. et al, *Les sinistrés des inondations de 1996 au Saguenay : problèmes vécus et séquelles psychologiques.* Santé mentale au Québec. Vol : 25 (1) ; 95 – 115.

Groulx, Lionel-H. (1995). La difficile naissance de l'école de service social de Montréal. *Intervention.* 100 : 7-11.

Hollis, Florence. (1969). *Casework : a psychosocial therapy.* Collectif. Textes recueillis par Roberts, Robert W. *Theories of social casework.* University of Chicago Press.

Home, Alice. (1996). Réussir l'intervention de groupe malgré un contexte difficile : mission impossible ? *Intervention.* 102 : 20-29.

Horowitz, Mardi J. (1986). Phase oriented treatment of stress response syndromes, cité par Brunet, A. *Quelle est la valeur des divers traitements psychologiques proposés pour le trouble de stress post-traumatique.* Science et comportements ; 23 (2) ; 83 – 98.

Iversen, Roberta (1998). Occupational social work for the 21st century. *Social work.*: 43 (6) ; 551 – 566.

Janis, I. L. (1982). Reactions to air war : Fear and coping mechanisms. Cité par Brunet, A. (1996). Expositions récurrentes aux événements traumatiques : inoculation ou vulnérabilité croissante ? *Santé mentale au Québec.* 21 (1) : 145-162.

Javaudin G, Crocq L. (1996). Psychiatrie de debriefing : l'effondrement de la tribune du stade de Furiani. *Journal Europe - Urgence*. (4) : 155-157.

Johnson, Louise C., McClelland, R.W., Austin, C.D. (2000). Scarborough, Ontario. *Social work practice: a generalist approach*. Prentis Hall Allyn and Bacon Canada.

Katz, Stephan et Florian, V. (1986). A comprehensive theoretical model of psychological reaction to loss. *The international Journal of psychiatry in medicine*. 16 (4) : 325-345.

Keane, Terence M. (1989). Post traumatic stress disorder : current status and future directions, cité par Brunet, A. *Quelle est la valeur des divers traitements psychologiques proposés pour le trouble de stress post-traumatique*. Science et comportements. 23 (2) ; p. 83 – 98.

Lalande, Gilles, Maltais, D., et Robichaud, S. (2000). Les sinistrés des inondations du Saguenay : problèmes vécus et séquelles psychologiques. *Santé mentale au Québec*. 25 (1) : 95 – 115.

Larivière, Claude. (1995). Service social et identité professionnelle en CLSC. *Intervention*. 100 : p. 41 – 47.

Lebigot, François. (2002). L'effroi du traumatisme psychique. *Revue francophone du stress et du trauma*. 2 (3): 139 – 146

Lefebvre, Yvon. (2000).. Éditorial. *Santé mentale au Québec*. 25 (1) : 13 - 44.

Maltais, Danielle, Lachance, L., Brassard, A. (2002). Les conséquences d'un sinistre sur la santé psychosociale d'adultes de 50 ans et plus. *Revue francophone du stress et du trauma*. 2(3) : 147 – 155.

Maltais, Danielle, Robichaud, S., Simard, A. (2001a). Chicoutimi. *Désastres et sinistrés*. Les Éditions JCL.

Maltais, Danielle, Robichaud, S., Simard, A. (2001b). Chicoutimi. *Désastres et intervenants*. Les Éditions JCL.

Maltais, Danielle, Lachance, L., Fortin, M., Lalande, G., Robichaud, S., Fortin, C., Simard, A. (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*. 25 (1) : 116 - 137.

Mathieu, Mireille. (1991). Adapter la formation professionnelle aux nouvelles réalités du Québec : une nécessité. *Intervention*. 88 : 16 – 25.

Mayer, Robert., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D., et al. (2000). Boucherville. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin Éditeur.

McLeod, Jane D., Kessler, R.C. (1990). Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*. 31 : 162 - 172

McMillen, J. Curtis, North, C. S., Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal : intrusion, avoidance, or arousal ? Data from the Northridge, California, earthquake. *Journal of traumatic stress*. 13(1) : 57 – 75.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. - (1994). *Services personnels – Planification psychosociale en cas de sinistres*. Gouvernement du Canada.

Ministère de la santé et des services sociaux. MSSSQ - (révisé 1999) . *L'intervention psychosociale en mesures d'urgence, volet intervention post-traumatique*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux. MSSSQ - (1998). *Initiation à la pratique de la verbalisation sur l'événement en situation de sinistre, guide de formation*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux. MSSSQ - (1994). *Intervention socio-sanitaire dans le cadre des mesures d'urgence, volet services psychosociaux*, guide de formation. Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux. MSSSQ – (1991). Gingras, Pauline. *Le traitement en première ligne des demandes individuelles d'aide en CLSC selon une approche communautaire*, guide de référence. Gouvernement du Québec.

Mitchell, Jeffrey T. (2002). CISM research summary. *International Critical Incident Stress Foundation*. Document PDF.
<http://www.icifs.org/>
Page consultée en ligne le 08-03-2003.

Mitchell, Jeffrey T. (1983). When disaster strikes : the critical incident stress debriefing process. *Journal of emergency services personnel*. Engelwood Cliffs, NJ : Practice Hall.

NSWIOP (2001) – New South Wales Institute of Psychiatry. (2000). *Disaster mental health response – Handbook*.
<http://www.nswiop.nsw.edu.au/publicat.htm>
Page Web consultée le 24-08-02.

Ordre professionnel des Travailleurs sociaux de Québec
<http://www.optsq.org/>
Page consultée en ligne le 11-09-2002.

Paré, Simone. (1971). (Québec) *Groupes et service social*. Presses de l'Université Laval.

Participants Reading, 1992. Critical incident stress management. Cité par Maltais, D. et al. (2001a). Chicoutimi. *Désastres et sinistrés*. Les Éditions JCL.

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

Perlmann, Helen H. (1972). (Paris) *L'aide psychosociale interpersonnelle*. Éditions Le Centurion.

Peter, Daniel. (2003). Intervention immédiate et intervention de crise. *Revue francophone du stress et du trauma*. 3 (1) ; 25-28.

Quivy, Raymond et van Campenhoudt, L. (1995). Paris. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Éditions Dunod.

Redjeb, Belhassen. (1991). L'acte clinique et le geste technique dans la reconquête de l'identité professionnelle du travail social. *Revue service social*. 40 (2) : 105 – 115.

Roberts, Albert R. (2000).. New York *Crisis intervention handbook*. Oxford University Press.

Rondeau, Gilles, Michaud, Jean-Claude. La main-d'œuvre en travail social – Sommaire des données de l'étude sectorielle et implications pour la planification des services et pour la formation. (2000).

http://www.arcaf.net/social_work_proceedings/abstracts/Rondeau.html
Page Web consultée le 12-02-2002.

Rondeau, Gilles. *Forum sur le travail social – Monographie*. (2002) La formation en travail social au Canada : des défis à surmonter. Publications Myropen Ltd.

Rosen, Aaron, et al. (1999) Social work research and the quest for effective practice. *Social work research*. 23 (1) : 4 – 18.

Samson, Anne Y. et al. (1999). Posttraumatic stress disorder in primary care. *Journal of family practice*. 48 ; 222 – 227.

Savary, Pierre-Alain. (2001). Après la catastrophe : le temps de la prise en charge des victimes. *Bulletin des médecins suisses*. 82 (39) : 2068-2070.

Seroka, C-M., Knapp, C., Knight, S. (1986). A comprehensive program for postdisaster counseling. *Social casework : the journal of contemporary social work*. 67 (1) : 37-44.

Soliman, Hussein et Poulin, J. (1996). Community responses to chronic technological disaster : the case of Pigeon River. *Journal of social service research*. 22 ; no:1/2 ; p. 89-107.

Talbot, Alison, Manton, M., Dunn, P.J. (1992). Debriefing the debriefers : an intervention strategy to assist psychologist after a crisis. *Journal of traumatic stress*. 5 (1) : p.45 – 62.

Tarquino, Cyril et Tarquino-Mousel, P. (2002). Aspects psychosociaux et culturels du trauma. *Revue francophone du stress et du trauma*. 2 (3) ; p. 157 – 162.

Université de Montréal.

<http://www.umontreal.ca>

Page consultée en ligne le 11-09-2002.

Ursano, R. J. et al. (1995). Psychiatric dimensions of disaster : patient care, community consultation, and preventive medicine. Cité par Maltais, D. et al (2001a). Chicoutimi. *Désastres et sinistrés*. Les Éditions JCL.

Ursano, R. J. et al. (1994) Exposure to traumatic death : the nature of the stressor, cité par Coté, L. (1996) Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec*. 21 ; (1) : 209-228.

Vermeiren, Étienne. (2001). Abord thérapeutique des troubles psycho-traumatiques. Implication de l'entourage familial et extra-familial. *Revue francophone du Stress et du Trauma*. 1 (5) : p.257-316.

Warheit, Georges J. (1979). Proposition d'un paradigme pour estimer l'impact d'un désastre sur la santé mentale, cité par *L'intervention socio-sanitaire dans le cadre des mesures d'urgence : volet psychosocial. Guide de formation*. Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux. (1994).

Young, A. (1996). New York *The harmony of illusions : inventing posttraumatic stress disorder*. Princeton University Press.

Zakour, Michael J.(1996). Disaster research in social work. *Journal of Social Service Research*. 22 (½) : p.7 - 25.

Zucker, D. (1999) Plaidoyer pour un traitement psychothérapeutique précoce des victimes. *Médecine de catastrophe – Urgences collectives*. (2) : 88-94.

ANNEXES

LETTRE AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX

Recherche auprès des travailleurs sociaux
impliqués dans des mesures d'urgence.

Il se produit régulièrement des événements traumatisants des collectivités. Les inondations du Saguenay, la crise du verglas constituent des exemples bien connus où les travailleurs sociaux ont contribué à soutenir activement les personnes affectées. D'autres interventions visent à aider les victimes, les proches ou les témoins d'agressions collectives ou encore, un milieu affecté par un ou des suicides, notamment dans les écoles ou de petites communautés.

Michel Nobert, travailleur social depuis plus de 25 ans et membre de l'Ordre souhaite faire le point sur la contribution du service social lors des mesures d'urgence. Dans le cadre d'une recherche pour l'obtention d'une maîtrise en service social à l'Université de Montréal – sous la direction de Claude Larivière, t.s.-, ce projet de recherche permettra de repositionner la contribution du service social dans ce type d'intervention trop souvent identifiée comme étant exclusivement le fait des psychologues.

Pour tracer ce portrait, Michel Nobert a besoin d'identifier les travailleurs sociaux impliqués dans des expériences de ce type. L'OPTSQ a aimablement accepté de diffuser cette feuille avec cet envoi afin de me permettre de constituer l'échantillon de répondants à un bref questionnaire, qui vous sera acheminé cet automne. Il faut environ trente minutes pour le

remplir. En échange de votre contribution, nous vous ferons parvenir une synthèse des résultats de cette recherche. Nous comptons sur votre collaboration et vous remercions !

Michel Nobert, t.s. – étudiant en maîtrise en service social – Université de Montréal

Claude Larivière, t.s. – directeur de recherche – Université de Montréal

J'aimerais participer à la recherche sur les interventions des travailleurs sociaux dans le cadre des mesures d'urgence en soutien à des personnes ou des milieux.

Nom :

Adresse :

A retourner à : Claude Larivière

École de service social, Université de Montréal

C.P.: 6128

Succ. Centre-ville, Montréal H3C 3J7

ou par courriel :

■■■■■■■■■■ ■■■■■■■■■■

DÉFINITIONS DES APPROCHES.

Intervention de crise : Par cette approche, nous favorisons chez la personne qui vit un moment de crise, la mobilisation de ses capacités personnelles pour résoudre cette crise. Cette forme d'intervention est axée sur l'apprentissage de nouveaux modes d'adaptation.

(Source: Golan, N.(1978) Treatment in Crisis Situation. N.Y., Free Press.)

Intervention de soutien : Ce type d'intervention vise à répondre au besoin de support et de soutien pour les personnes qui vivent une souffrance morale intense mais qui sont peu aptes à entreprendre un processus thérapeutique en raison d'une faible motivation, d'une négation du problème, de valeurs culturelles différentes. Il consiste à motiver la personne à recourir à d'autres formes d'aide qui seraient plus appropriées.

(Source: Guédon, M-C., Alary, J.(1982).Les modèles d'intervention en service social, École de service social, Université de Montréal.)

Intervention psychosociale : Par cette approche, la qualité de l'intervention est liée à celle de la relation thérapeute/client. L'étude psychosociale est basée sur le diagnostic et l'orientation. L'évaluation repose sur deux piliers: la compréhension diagnostique qui vérifie les faits et la compréhension dynamique qui pose la question: pourquoi le problème existe-t-il? L'approche psychosociale se réclame de la théorie des systèmes, que ce soit pour la collecte de données, la formulation du diagnostic ou l'élaboration du plan d'action.

(Source: Hollis, F. et Woods, M. (1981) Casework, a psychosocial therapy, N.Y., Random House.)

Pratique du "debriefing" : Intervention axée sur le groupe où les participants partagent leurs expériences liées à un événement traumatisant. Cette intervention favorise chez les participants l'expression de leurs sentiments, les aide à mieux comprendre leurs réactions émotives et leurs

comportements. L'exercice vise à ce que les participants retrouvent leur équilibre dynamique antérieur.

(Source: M.S.S.S. . Initiation à la pratique de la verbalisation sur l'événement en situation de sinistre. Guide de formation.(1998).

Intervention post-traumatique : L'intervention doit viser à réduire les symptômes de stress post-traumatique et redonner à la personne la capacité d'agir sur sa vie, d'en reprendre le contrôle.

(Source: Conférence régionale des C.L.S.C. du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'intervention psychosociale en mesures d'urgence. Volet intervention post-traumatique.(1999).

Intervention communautaire : Intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes, des communautés et des ressources issues d'elles pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé.

(Source: Gingras, P. (1988) L'approche communautaire: essai de conceptualisation, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.)

Intervention résolution de problèmes : L'intervention ne vise pas à amener le client à atteindre un état d'équilibre définitif, mais à l'aider à résoudre certaines difficultés qu'il trouvait jusque là insurmontables.

(Source: Du Ranquet, M.(1981) L'approche en service social. L'approche centrée sur la résolution de problèmes.)

Intervention cognitivo-comportementale : L'intervention favorise l'intégration émotionnelle du traumatisme. Elle vise à diminuer les reviviscences de l'événement, à favoriser une reprise des activités normales quotidiennes.

(Source: Brillon, P.(2001) Diagnostic et traitement cognitivo-comportemental du TSPT.)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DE L'ÉTUDE: L'intervention psychosociale auprès des victimes d'un événement traumatique.

CHERCHEUR RESPONSABLE: Michel NOBERT t.s.

**Consentement**

Je _____ déclare
(votre nom en lettres moulées)

avoir pris connaissance du **Questionnaire de recherche**
du chercheur **Michel NOBERT**,

et comprend le but, la nature, les avantages, les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature

Date

REMERCIEMENTS.

Par ces quelques lignes, je tiens à vous remercier chaleureusement. En tout premier lieu pour la confiance que vous m'accordez en acceptant de répondre à ce questionnaire, mais aussi pour la disponibilité et l'intérêt dont vous faites preuve en me réservant de votre temps.

Votre participation nombreuse - vous êtes 151 participants(es) - permettra de réaliser une étude collée à la réalité de nos pratiques d'intervention en mesures d'urgence. De notre profession, je souhaite qu'elle fournira une vue détaillée de la variété de nos milieux de travail et de nos moyens d'intervention.

À chacune et à chacun de vous, merci !

INFORMATIONS ET CONSIGNES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS(ES).

Je vous fais parvenir – enfin ! - mon questionnaire de recherche, portant sur vos interventions en situations d'urgence. Vous constaterez qu'il est accompagné du **Formulaire de consentement**, que vous me retournerez **dûment signé**, avec le questionnaire complété, en vous servant de **l'enveloppe ci-jointe affranchie**, et si possible **avant le 19 décembre**.

- Le questionnaire se divise en deux parties, la première portant sur le contexte événementiel, tandis que la seconde porte sur le type d'approches utilisées. Vous remarquerez qu'à l'occasion, vous pourrez cocher plusieurs réponses à une même question, dépendant de votre expérience d'intervention.

- Par ailleurs, au verso de cette feuille, vous pourrez utiliser - à titre indicatif - les définitions succinctes des approches se rapportant aux questions numérotées 34 - 48 – 62 et 75.

- De plus, la question numéro 16 porte sur la description d'événements qui vous serviront de référence tout au long du questionnaire.

En remerciement de votre participation, à la fin de mes travaux de recherche, je vous ferai parvenir un **résumé des résultats** de cette recherche.

Salutations,

Michel Nobert t.s.
Sainte-Émélie-de-l'Énergie

QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ
élaboré par Michel Nobert
Septembre 2001

Première partie - Information sur le contexte événementiel

1.1 Informations personnelles et professionnelles
--

1. Quel est votre âge ?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| a) 20-29 ans | <input type="checkbox"/> |
| b) 30-39 ans | <input type="checkbox"/> |
| c) 40-49 ans | <input type="checkbox"/> |
| d) 50 et plus | <input type="checkbox"/> |

2. Quel est votre sexe ?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| a) Masculin | <input type="checkbox"/> |
| b) Féminin | <input type="checkbox"/> |

3. Avez-vous déjà été victime d'un événement traumatisant ?

- | | | |
|---------|--------------------------|----------------------------|
| a) Oui: | <input type="checkbox"/> | |
| b) Non: | <input type="checkbox"/> | Passez à la question no. 7 |

4. De quel type d'événement s'agit-il ?

- | | |
|---|--------------------------|
| a) Sinistres naturels : tornade, inondation, verglas, incendie | <input type="checkbox"/> |
| b) Sinistres technologiques : déversement de produits chimiques, incendie de produits chimiques, contamination de l'eau potable, ou explosion | <input type="checkbox"/> |
| c) Actes criminels : témoin de fusillade, témoin de vol, témoin d'agression ou victime d'agression | <input type="checkbox"/> |
| d) Activités humaines : accidents routiers, accidents de travail | <input type="checkbox"/> |

5. Par ailleurs, êtes-vous intervenu(e) alors que vous étiez personnellement sinistré(e)?

- | | |
|--------|--------------------------|
| a) Oui | <input type="checkbox"/> |
| b) Non | <input type="checkbox"/> |

6. Croyez-vous que cette situation ait pu avoir une incidence sur vos interventions ?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| a) Très souvent | <input type="checkbox"/> |
| b) Souvent | <input type="checkbox"/> |
| c) Rarement | <input type="checkbox"/> |
| d) Jamais | <input type="checkbox"/> |

7. Quel est votre plus haut niveau de scolarité ?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| a) Baccalauréat | <input type="checkbox"/> |
| b) DESS | <input type="checkbox"/> |
| c) Maîtrise | <input type="checkbox"/> |
| d) Doctorat | <input type="checkbox"/> |

8. Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- a) CLSC
- b) CHSLD
- c) Centre Jeunesse
- d) Centre de réadaptation
- e) Hôpital
- f) École
- g) Pratique privée
- h) Bénévole
- i) Organismes communautaires
- j) Autre: précisez _____

9. Depuis combien de temps êtes-vous intervenant social ?

- a) 0-5 ans
- b) 6-10 ans
- c) 11-15 ans
- d) 16-20 ans
- e) 21 et plus

10. Quel est votre milieu de travail ?

- a) Principalement en milieu urbain
- b) Principalement en milieu rural
- c) Nommez votre région administrative : _____

11. Identifiez les formations en mesures d'urgence que vous avez suivies.

- a) Introduction à l'approche d'intervention psychosociale dans le cadre de mesures d'urgence (formation de base)
- b) Initiation à la pratique de verbalisation sur l'événement en situation de sinistres
- c) Intervention post – traumatique
- d) Aucune
- e) Autre : _____

12. Pourriez-vous qualifier votre formation pour répondre aux besoins des victimes d'un événement traumatique ?

- a) Très bien formé(e)
- b) Bien formé(e)
- c) Partiellement formé(e)
- d) Pas formé(e)

13. Pourriez-vous qualifier votre formation pour dépister les symptômes du stress post-traumatique ?

- a) Très bien formé(e)
- b) Bien formé(e)
- c) Partiellement formé(e)
- d) Pas formé(e)

14. Comment qualifieriez-vous la contribution de votre formation universitaire en vue de vous permettre de répondre aux besoins des victimes d'un événement traumatique ?

- a) Très bonne
- b) Bonne
- c) Faible
- d) Nulle

15. Votre rôle est-il défini dans votre milieu de travail, si un sinistre se produisait ?

- a) Très bien défini
- b) Bien défini
- c) Peu défini
- d) Pas défini

**1.2 Informations sur les événements,
les victimes et le milieu communautaire**

16. Nommez un ou des sinistre(s) où vous êtes intervenu(e) en commençant par le plus récent

Événement no. 1 _____ Année : _____

Endroit : _____

Nombre de
personnes

a) touchées	b) évacuées	c) blessées	d) décédées

Événement no. 2 _____ Année : _____

Endroit : _____

Nombre de
personnes

a) touchées	b) évacuées	c) blessées	d) décédées

Événement no. 3 _____ Année : _____

Endroit : _____

Nombre de
personnes

a) touchées	b) évacuées	c) blessées	d) décédées

17. Où vos interventions se sont-elles déroulées ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Dans mon milieu habituel de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dans des locaux près du sinistre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) À la résidence des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Comment ces événements ont-ils eu un impact sur votre pratique ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) J'ai actualisé mes méthodes d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Je m'inscris aux formations qui me sont offertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Je n'ai rien changé à ma pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Coter de 1 à 10 le type de support reçu (10 étant le plus satisfaisant)

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) De votre employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) De votre responsable – terrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Du programme d'aide aux employés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) De vos pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) De votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Aucun support d'aucune source (cochez √)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Précisez à qui s'adressaient vos interventions.

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) À un individu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) À une famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) À un groupe homogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) À un groupe hétérogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) À d'autres intervenants de la crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. À quel groupe d'âge s'adressaient vos interventions ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) enfants (0- 11 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) adolescent (12 – 17 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) adulte (18 – 64 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) personnes âgées (65 ans et plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) tous ces groupes d'âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Parmi les victimes, savez-vous si certaines personnes avaient des antécédents psychiatriques ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Parmi les victimes, certaines personnes avaient-elles déjà vécu des événements traumatisants ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Selon vous, est-il important d'utiliser le support ou la participation des groupes communautaires ?

a) Oui	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>

25. Avez-vous cherché à obtenir le support ou la participation des groupes communautaires ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	Passez à la question no. 29	

26. Quelles étaient vos motivations ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) En complément / support à mes interventions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pour leur connaissance de leurs membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pour leur crédibilité dans le milieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Autre:			

27. Quel a été le résultat de leur participation ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Très satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Insatisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Très insatisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Selon vous, à quelle étape est-il utile d'utiliser le support ou la participation des groupes communautaires ?

a) 0-24 heures après l'événement	<input type="checkbox"/>
b) 24-72 heures après l'événement	<input type="checkbox"/>
c) 3 mois après l'événement	<input type="checkbox"/>
d) 6 mois après l'événement	<input type="checkbox"/>

Deuxième partie - Information sur le type d'approche utilisée
--

2.1 Interventions immédiates après l'événement (0 à 24 heures)

29. Êtes-vous intervenu(e) à cette étape ?

Évén. 1 Évén. 2 Évén. 3

- | | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Oui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. À cette étape, avez-vous privilégié des rencontres :

Évén. 1 Évén. 2 Évén. 3

- | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Individuelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Familiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) De groupe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Combien de rencontres avez-vous tenues par jour au plus fort de la crise ?

Évén. 1 Évén. 2 Évén. 3

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Une | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Deux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Plus de deux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. Quelle était la durée de vos rencontres ?

Évén. 1 Évén. 2 Évén. 3

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Moins de 1 heure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 1 heure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 1 heure 30 minutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 2 heures | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 2 heures 30 minutes et plus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. À quels groupes d'âge s'adressaient vos interventions ?

Évén. 1 Évén. 2 Évén. 3

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Enfants (0 – 6 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Enfants (7 – 12 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Adolescents (13 – 17 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Adultes (18 – 64 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Personnes âgées (65 et plus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Tous ces groupes d'âges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. Quelle approche avez-vous utilisée, en vous servant des événements précédemment évoqués.

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Intervention de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Intervention de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Intervention psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pratique de la verbalisation (debriefing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Intervention post – traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Intervention communautaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Résolution de problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cognitivo – comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Autre : _____			

35. À cette étape, considérez-vous le dépistage des symptômes du stress post - traumatique comme :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Peu important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pas important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Dites-nous ce qui a bien fonctionné selon vous :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) L'approche utilisée convenait aux besoins des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) L'homogénéité du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bonne collaboration des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Support mutuel entre les victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Animation adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Local adéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Autre : _____			

37. Dites-nous ce qui a moins bien fonctionné selon vous :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Vous étiez personnellement affecté(e) par le sinistre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Les victimes avaient reçu de la mauvaise information sur les raisons de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) L'approche utilisée ne correspondait pas aux besoins des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Autre : _____			

38. Quels ont été les obstacles rencontrés ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Réponse inadéquate aux besoins primaires des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Local inadéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Groupe hétérogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Trop de participants dans le même groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Autre : _____			

39. Comment pourriez-vous qualifier les résultats de votre intervention ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Très satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Insatisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Très insatisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Les victimes ont-elles reçu un support de leur famille ou de personnes significatives ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Les victimes ont-elles dû être référées à un service spécialisé ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui, combien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Selon vous, quelles raisons ont incité les victimes à consulter ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Décès d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Perte matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Perte de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Conflits familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Incapacité à retrouver son équilibre antérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Interventions de 24 à 72 heures après l'événement

43. Êtes-vous intervenu(e) à cette étape ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
g) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. À cette étape, avez-vous privilégié des rencontres :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Individuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) De groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Combien de rencontres avez-vous tenues par jour au plus fort de la crise ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Une	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Deux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Plus de deux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Quelle était la durée de vos rencontres ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Moins de 1 heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 1 heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 1 heure 30 min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 2 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 2 heures 30 min. et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. À quels groupes d'âge s'adressaient vos interventions ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Enfants (0 – 6 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Enfants (7 – 12 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Adolescents (13 – 17 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Adultes (18 – 64 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Personnes âgées (65 et plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tous ces groupes d'âges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Quelle approche avez-vous utilisée, en vous servant des événements précédemment évoqués ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Intervention de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Intervention de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Intervention psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pratique de la verbalisation (debriefing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Intervention post – traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Intervention communautaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Résolution de problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cognitivo – comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Autre :			

49. À cette étape, considérez-vous le dépistage des symptômes du stress post - traumatique comme :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Peu important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pas important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Dites-nous ce qui a bien fonctionné selon vous.

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) L'approche utilisée convenait aux besoins des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) L'homogénéité du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bonne collaboration des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Support mutuel entre les victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Animation adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Local adéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Autres : _____			

51. Dites-nous ce qui a moins bien fonctionné selon vous.

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) L'approche utilisée ne correspondait pas aux besoins des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous étiez personnellement affecté(e) par le sinistre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les victimes avaient reçu de la mauvaise information sur les raisons de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Autre : _____			

52. Quels ont été les obstacles rencontrés ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Réponse inadéquate aux besoins primaires des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Local inadéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Groupe hétérogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Trop de participants dans le même groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Autre : _____			

53. Comment pourriez-vous qualifier les résultats de votre intervention ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Très satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Insatisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Très insatisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Les victimes ont-elles reçu un support de leur famille ou de personnes significatives ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Les victimes ont-elles dû être référées à un service spécialisé ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui, combien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Selon vous, quelles raisons ont incité les victimes à consulter ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Décès d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Perte matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Perte de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Conflits familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Incapacité à retrouver son équilibre antérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Autre : _____			

2.3 Interventions trois (3) mois après l'événement

57. Êtes-vous intervenu(e) à cette étape ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Parmi les victimes, y en a-t-il qui

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) sont revenues après avoir participé aux rencontres 0-24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) sont revenues après avoir participé aux rencontres 24-72 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) sont venues consulter pour la première fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. À cette étape, avez-vous privilégié des rencontres :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) individuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. À quels groupes d'âge s'adressaient vos interventions ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Enfants (0 – 6 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Enfants (7 – 12 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Adolescents (13 – 17 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Adultes (18 – 64 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Personnes âgées (65 et plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tous ces groupes d'âges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Combien de rencontres avez-vous tenues à cette étape ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
Nombre de rencontres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Quelle approche avez-vous utilisée, en vous servant des événements précédemment évoqués ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Intervention de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Intervention de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Intervention psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pratique de la verbalisation (debriefing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Intervention post – traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Intervention communautaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Résolution de problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cognitivo – comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Autre :			

63. À cette étape, considérez-vous le dépistage des symptômes du stress post - traumatique comme :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Peu important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pas important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Dites-nous ce qui a bien fonctionné selon vous :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) L'approche utilisée correspondait aux besoins des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cette approche m'a permis de dépister le trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bon support de mon équipe de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Le support de groupe communautaire a été un bon complément à mon intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Dites-nous ce qui a moins bien fonctionné selon vous.

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) L'approche utilisée ne correspondait pas aux besoins des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous étiez personnellement affecté(e) par le sinistre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les victimes avaient trop tardé à consulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vous étiez épuisé(e) par une trop longue période d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Comment pourriez-vous qualifier les résultats de votre intervention ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Très satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Insatisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Très insatisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Les victimes ont-elles reçu un support de leur famille ou de personnes significatives ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Les victimes ont-elles dû être référées à un service spécialisé ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui, combien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Selon vous, quelles raisons ont incité les victimes à consulter ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Décès d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Perte matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Perte de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Conflits familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Incapacité à retrouver son équilibre antérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 Interventions six (6) mois après l'événement

70. Êtes-vous intervenu(e) à cette étape ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Parmi les victimes, y en a-t-il qui

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) sont revenues après avoir participé aux rencontres 0-24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) sont revenues après avoir participé aux rencontres 24-72 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) sont revenues après avoir participé aux rencontres trois mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) sont venues consulter pour la première fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. À quels groupes d'âge s'adressaient vos interventions ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Enfants (0 – 6 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Enfants (6 – 12 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Adolescents (13 – 17 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Adultes (18 – 64 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Personnes âgées (65 et plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tous ces groupes d'âges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. À cette étape, avez-vous privilégié des rencontres :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Individuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) De groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Combien de rencontres avez-vous tenues à cette étape ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
Nombre de rencontres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Quelle approche avez-vous utilisée, en vous servant des événements précédemment évoqués ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Intervention de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Intervention de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Intervention psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pratique de la verbalisation (debriefing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Intervention post – traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Intervention communautaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Résolution de problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cognitivo – comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Autre : _____			

76. À cette étape, considérez-vous le dépistage des symptômes du stress post - traumatique comme :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Peu important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pas important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Dites-nous ce qui a bien fonctionné selon vous :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) L'approche utilisée correspondait aux besoins des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cette approche m'a permis de dépister le trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bon support de mon équipe de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Le support de groupes communautaires a été un bon complément à mon intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Dites-nous ce qui a moins bien fonctionné selon vous :

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) L'approche utilisée ne correspondait pas aux besoins des victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous étiez personnellement affecté(e) par le sinistre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les victimes avaient trop tarder à consulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vous étiez épuisé (trop longue période d'intervention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Comment pourriez-vous qualifier les résultats de votre intervention ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Très satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Insatisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Très insatisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Les victimes ont-elles reçu un support de leur famille ou de personnes significatives ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Les victimes ont-elles dû être référées à un service spécialisé ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Oui, combien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

82. Selon vous, quelles raisons ont incité les victimes à consulter ?

	Évén. 1	Évén. 2	Évén. 3
a) Décès d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Perte matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Perte de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Conflits familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Incapacité à retrouver son équilibre antérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Autre :			

Commentaires (facultatifs)

**Table donnant le χ^2_c avec
un niveau de signification de 5%**

v	χ^2_c	v	χ^2_c
1	3,841	16	26,30
2	5,991	17	27,59
3	7,815	18	28,87
4	9,488	19	30,14
5	11,07	20	31,41
6	12,59	21	32,67
7	14,07	22	33,92
8	15,51	23	35,17
9	16,92	24	36,42
10	18,31	25	37,65
11	19,68	26	38,89
12	21,03	27	40,11
13	22,36	28	41,34
14	23,68	29	42,56
15	25,00	30	43,77

Source : Collin, Michèle, Lavoie, P., Delisle, M., Montreuil, C., Payette, G.
(1992) *Initiation aux méthodes quantitatives en sciences humaines*. Gaëtan
Morin Éditeur. P. 278

COMPILATION DES RÉSULTATS,
VENTILÉE PAR ÉVÉNEMENTS ET PAR ÉTAPES.

Information personnelle et professionnelle. – Questions 1 à 15

Question	Libellé des questions.	Choix de réponses	Nombre	%
1	Quel est votre âge ? (n : 92)	a) 20 – 29 ans	11	12,0 %
		b) 30 – 39 ans	21	22,8 %
		c) 40 - 49 ans	33	35,9 %
		d) 50 ans et plus	27	29,3 %
2	Quel est votre sexe ? (n : 92)	a) Masculin	27	29,3 %
		b) Féminin	65	70,7 %
3	Avez-vous déjà été victime d'événements traumatisant ? (n : 92)	a) Oui	45	49,0 %
		b) Non	47	51,0 %
4	De quel type d'événement s'agit-il ? (n : 45)	a) Sinistres naturels	30	66,6 %
		b) Sinistres technologiques	2	4,4 %
		c) Actes criminels	23	51,1 %
		d) Activités humaines	22	48,8 %
5	Par ailleurs, êtes-vous intervenu(e) alors que vous étiez personnellement sinistré(e) ? Sinon, passez à la question 7. (n : 45)	a) Oui	23	51,1 %
		b) Non	26	57,8 %
6	Croyez-vous que cette situation ait pu avoir une incidence sur vos interventions ? (n : 45)	a) Très souvent	3	6,7 %
		b) Souvent	22	48,9 %
		c) Rarement	15	33,3 %
		d) Jamais	5	11,1 %
7	Quel est votre plus haut niveau de scolarité ? (n : 92)	a) Baccalauréat	54	58,7 %
		b) DESS	4	4,3 %
		c) Maîtrise	34	37,0 %
		d) Doctorat	0	0,0 %
8	Dans quel type d'établissement travaillez-vous ? (n : 92)	a) CLSC	63	58,6 %
		b) CHSLD	6	6,5 %
		c) Centre Jeunesse	0	0,0 %
		d) Centre de réadaptation	0	0,0 %
		e) Hôpital	9	9,7 %
		f) École	6	6,5 %
		g) Pratique privée	19	20,7 %
		h) Bénévole	3	3,2 %
		i) Organismes communautaires	8	8,6 %
		j) Autre	3	3,2 %
		9	Depuis combien de temps êtes-vous intervenant social ? (n : 92)	a) 0 – 5 ans
b) 6 – 10 ans	16			17,3 %
c) 11 – 15 ans	18			19,5 %
d) 16 – 20 ans	17			18,4 %
e) 21 ans et plus	30			32,6 %
10	Quel est votre milieu de travail ? (n : 92)	a) Principalement urbain	62	67,3 %
		b) Principalement rural	23	25,0 %
		c) ... région administrative	Annexe no. 9	
		d) Urbain et rural	7	7,6 %
11	Identifiez les formations en mesure d'urgence que vous avez suivies. (n : 92)	a) ... formation de base	60	65,2 %
		b) ... pratique de la verbalisation	52	56,5 %
		c) intervention post-traumatique	50	54,3 %
		d) aucune	13	14,1 %
		e) autre	6	6,5 %
12	Pourriez-vous qualifier votre formation pour répondre aux besoins des victimes d'événement traumatique ? (n : 92)	a) très bien formé(e)	13	14,1 %
		b) bien formé(e)	50	54,3 %
		c) partiellement formé(e)	22	24,0 %
		d) pas formé(e)	7	8,6 %
13	Pourriez-vous qualifier votre formation pour dépister les symptômes du stress post-traumatique ? (n : 92)	a) très bien formé(e)	18	18,8 %
		b) bien formé(e)	40	42,7 %
		c) partiellement formé(e)	25	29,2 %
		d) pas formé(e)	8	8,3 %
14	Comment qualifieriez-vous la contribution de votre formation universitaire en vue de vous permettre de répondre aux besoins des victimes d'événement traumatique ? (n : 92)	a) très bonne	5	6,2 %
		b) bonne	12	12,5 %
		c) faible	52	57,3 %
		d) nulle	23	24,0 %
15	Votre rôle est-il bien défini dans votre milieu de travail ? (n : 92)	a) très bien défini	23	25,0 %
		b) bien défini	37	41,0 %
		c) peu défini	20	21,8 %
		d) pas défini	12	12,5 %

Information sur les événements, les victimes et le milieu communautaire – Questions 16 à 28.

Question	Information sur les événements, les victimes et le milieu communautaire.	Choix de réponses	NATUREL	%	TECHNO	%	HUMAIN	%
	Libellé des questions.							
16	Nommez un ou des sinistres où vous êtes intervenu(e). (N= 51 / T= 36 / H= 83)	Naturel (n : 170)	51	30,0				
		Technologique (n : 170)			36	21,2		
		Humain (n : 170)					83	48,8
17 *	Où vos interventions se sont-elles déroulées ? (N= 51 / T= 36 / H= 83)	a) dans mon milieu habituel ...	18	35,3	7	19,4	33	39,8
		b) ... près du sinistre	38	74,5	23	58,3	48	57,8
		c) à la résidence des sinistrés	20	39,2	11	30,6	10	12,0
18 *	Comment ces événements ont-ils eu un impact sur votre pratique ? (N= 51 / T= 36 / H= 83)	a) j'ai actualisé mes méthodes ...	37	72,5	29	80,6	63	75,9
		b) je m'inscris aux formations ...	17	33,3	6	16,7	15	18,1
		c) je n'ai rien changé ...	6	11,8	6	16,7	15	18,1
19	Coter de 1 à 10 le type de support reçu (10 étant le plus satisfaisant)	Données trop fragmentées pour compilation.						
20 *	Précisez à qui s'adressaient vos interventions ? (N= 51 / T= 36 / H= 83)	a) à un individu	26	51,0	12	33,3	15	18,1
		b) à une famille	24	47,1	10	27,8	17	20,5
		c) à un groupe homogène	20	39,2	16	44,4	37	44,6
		d) à un groupe hétérogène	24	47,1	12	33,3	30	36,1
		e) à d'autres intervenants ...	14	27,5	7	19,4	8	9,6
21 *	À quel groupe d'âge s'adressaient vos interventions ? (N= 51 / T= 36 / H= 83)	a) enfants (0 – 11 ans)	5	9,8	3	8,3	14	16,9
		b) adolescent (12 – 17 ans)	4	7,8	4	11,1	9	10,8
		c) adulte (18 – 64 ans)	18	35,3	26	72,2	69	83,1
		d) personnes âgées (+ de 65 ans)	7	13,7	6	16,7	6	7,2
		e) tous ces groupes d'âge	30	58,8	6	16,7	6	7,2
22	Parmi les victimes, savez-vous si certaines avaient des antécédents psychiatriques ? (N= 51 / T= 36 / H= 83)	a) Oui	27	52,9	12	33,3	16	19,3
		b) Non	4	7,8	12	33,3	32	38,6
		c) Ne sais pas	20	39,2	12	33,3	34	41,0
23	Parmi les victimes, certaines personnes avaient-elles déjà vécu des événements traumatisants ? (N= 51 / T= 36 / H= 83)	a) Oui	30	58,8	19	47,2	39	47,0
		b) Non	3	5,8	3	8,3	18	21,7
		c) Ne sais pas	18	35,3	14	38,9	25	30,1
24	Selon vous, est-il important d'utiliser le support ou la participation des groupes communautaires ? (N= 51 / T= 36 / H= 83)	a) Oui	32	62,7	12	33,3	32	38,6
		b) Non	00	0,0	0,0	0,0	6	7,2
		c) Aucune réponse	19	37,3	24	66,7	45	54,2
25	Avez-vous cherché à obtenir le support ou la participation des groupes communautaires ? (N= 51 / T= 36 / H= 83)	a) Oui	34	66,7	10	27,8	24	28,9
		b) Non	9	17,6	17	47,2	42	50,6
		c) Aucune réponse	8	15,7	9	25,0	17	20,5
26 *	Quelles étaient vos motivations ? (N= 34 / T= 10 / H= 24)	a) en compléments/support ...	31	91,2	6	60,0	17	70,8
		b) ... connaissance du milieu	22	64,7	5	50,0	7	29,2
		c) ... crédibilité dans le milieu	17	50,0	2	20,0	5	20,8
		d) autre	0	0,0	0	0,0	3	12,5
27	Quel a été le résultat de leur participation ? (N= 34 / T= 10 / H= 24)	a) très satisfaisant	14	41,1	5	50,0	6	25,0
		b) satisfaisant	17	50,0	2	20,0	12	50,0
		c) insatisfaisant	1	2,9	1	10,0	4	16,7
		d) très insatisfaisant	1	2,9	0	0,0	0	0,0
28	Selon vous, à quelle étape est-il utile d'utiliser le support ou la participation des groupes communautaires ? (N= 34 / T= 10 / H= 24)	a) 0-24 heures après l'événement	13	38,2	2	20,0	6	25,0
		b) 24-72 heures et plus après ...	15	44,1	4	40,0	8	33,3
		c) 3 mois et plus après l'événement	8	23,5	1	10,0	6	25,0
		d) 6 mois après l'événement	6	17,6	0	0,0	3	12,5

* - Ces questions sont polytomiques, permettant plusieurs réponses.

Information sur le type d'approche utilisée – Questions 29 à 82

Ventilée par type d'événement et par étape

N : Sinistres Naturels - T : Sinistres Technologiques - H : Sinistres Humains

* = Ces questions sont polytomiques, permettant plusieurs réponses.

Numéro	Information sur le type d'approche utilisée Libellés des questions.	Choix de réponses	Étape 0-24 heures (N= 51 / T= 36 / H= 83)						Étape 24-72 heures et plus (N= 51 / T= 36 / H= 83)						Étape 3 mois et plus après l'événement (N= 51 / T= 36 / H= 83)						Étape 6 mois après l'événement (N= 51 / T= 36 / H= 83)					
			N	%	T	%	H	%	N	%	T	%	H	%	N	%	T	%	H	%	N	%	T	%	H	%
29 - 43 - 57 - 70	Êtes-vous intervenu(e) à cette étape ?	a) Oui b) Non	37	72,5	30	83,3	41	49,4	45	88,2	18	50,0	57	68,7	16	31,4	8	22,2	21	25,3	13	25,5	02	5,5	10	12,0
30* - 44*	À cette étape, avez-vous privilégié des rencontres	a) individuelles	25	67,6	17	47,2	17	41,5	35	77,8	09	50,0	20	35,1	14	87,5	06	75,0	16	19,3	13	100,0	00	0,0	10	100,0
59* - 73*		b) familiales	11	29,7	05	13,9	05	12,2	16	35,6	08	44,4	09	15,8	09	56,3	02	25,0	07	8,4	08	61,5	00	0,0	02	20,0
		c) de groupe	14	37,8	13	36,1	21	51,2	19	42,2	06	33,3	37	64,9	00	0,0	02	25,0	03	3,6	00	0,0	01	50,0	00	0,0
58* - 71*	Parmi les victimes, y en a-t-il qui	a) sont revenues ... 0-24 h. b) sont revenues ... 24-72 h. c) sont revenues ... 3 mois d) sont venues ... 1e fois																								
31 - 45	Combien de rencontres avez-vous tenues par jour au plus fort de la crise ?	a) une b) deux c) plus de deux	10	27,0	12	33,3	17	41,5	05	11,1	09	50,0	33	57,9												
61 - 74	Combien de rencontres avez-vous tenues à cette étape ?	Nombre de rencontres	NSP	NSP	NSP	NSP	NSP	NSP	NSP	NSP	NSP	NSP	NSP	104	NSP	37	NSP	13	NSP	35	NSP	11	NSP	41	NSP	
32 - 46	Quelle était la durée de vos rencontres ?	a) moins de 1 heure b) une heure c) 1 heure 30 min. d) 2 heures e) 2 heures 30 min.	22	59,5	09	25,0	09	22,0	17	37,8	07	38,9	10	17,5												
33* - 47* 60* - 72*	À quels groupes d'âge s'adressaient vos interventions ?	a) Enfants (0 - 6 ans)	02	5,4	00	0,0	01	2,4	02	4,4	01	5,6	03	5,3	00	0,0	01	12,5	02	9,5	00	0,0	00	0,0	00	0,0
		b) Enfants (7 - 12 ans)	02	5,4	01	2,8	02	4,9	03	6,7	02	11,1	06	10,5	00	0,0	02	25,0	05	23,8	00	0,0	01	50,0	02	20,0
		c) Adolescents (13 - 17 ans)	01	2,7	03	8,3	03	7,3	01	2,2	00	0,0	07	12,3	00	0,0	03	37,5	02	9,5	01	7,7	00	0,0	00	0,0
		d) Adultes (18 - 64 ans)	13	35,1	18	50,0	17	41,5	14	31,1	12	66,7	40	70,2	16	100,0	04	50,0	13	61,9	05	38,5	00	0,0	07	70,0
		e) Personnes âgées (+ 65)	00	0,0	04	11,1	03	7,3	06	13,3	05	27,8	05	8,8	04	25,0	01	12,5	02	9,5	02	15,4	01	50,0	01	10,0
		f) Tous ces groupes d'âges	23	62,2	06	16,7	04	9,8	29	64,4	02	11,1	08	14,0	09	56,3	01	12,5	03	14,3	07	53,8	01	50,0	00	0,0

Information sur le type d'approche utilisée – Questions 29 à 82 (suite)

Ventilée par type d'événement et par étape

N : Sinistres Naturels - T : Sinistres Technologiques - H : Sinistres Humains

* = Ces questions sont polytomiques, permettant plusieurs réponses.

Numéro	Information sur le type d'approche utilisée	Libellé des questions.	Choix de réponses									Étape 0-24 heures (N= 51 / T= 36 / H= 83)									Étape 24-72 heures et plus (N= 51 / T= 36 / H= 83)									Étape 3 mois et plus après l'événement (N= 51 / T= 36 / H= 83)									Étape 6 mois après l'événement (N= 51 / T= 36 / H= 83)								
			N	%	T	%	H	%	N	%	T	%	H	%	N	%	T	%	H	%	N	%	T	%	H	%	N	%	T	%	H	%															
34* - 48* 62* - 75*	Quelle approche avez-vous utilisée en vous servant des événements précédemment évoqués ?	a) Intervention de crise	24	64,9	15	41,7	12	29,3	12	29,3	10	17,5	10	17,5	03	18,8	00	0,0	03	14,3	03	23,1	00	0,0	00	0,0	01	50,0	00	0,0	00	0,0															
		b) Intervention de soutien	18	48,6	12	33,3	06	14,6	04	9,5	06	14,6	15	26,3	04	25,0	04	50,0	02	9,5	03	23,1	00	0,0	03	30,0	00	0,0	00	0,0	03	30,0															
		c) Intervention psychosociale	12	32,4	06	16,7	02	4,9	13	28,9	06	33,3	09	15,8	09	56,3	02	25,0	07	33,3	07	53,8	00	0,0	06	60,0	00	0,0	00	0,0	02	20,0															
		d) Verbalisation (debriefing)	17	45,9	11	30,6	10	24,4	20	44,4	07	38,9	36	63,2	01	6,3	01	12,5	04	19,0	00	0,0	00	0,0	02	20,0	00	0,0	00	0,0	02	20,0															
		e) Interv. post traumatique	09	24,3	08	22,2	09	22,0	12	26,7	03	16,7	18	31,6	08	50,0	02	25,0	06	28,6	06	46,2	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0															
		f) Intervention communautaire	11	29,7	02	5,6	05	12,2	15	33,3	02	11,1	08	14,0	04	25,0	02	25,0	00	0,0	01	7,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0															
		g) Résolution de problèmes	09	24,3	05	13,9	03	7,3	12	26,7	01	5,6	00	0,0	10	62,5	02	25,0	10	43,5	08	61,5	00	0,0	03	30,0	00	0,0	00	0,0	03	30,0															
		h) Cognitive-comportementale	01	2,7	00	0,0	03	7,3	05	11,1	01	5,6	07	12,3	06	37,5	01	12,5	03	14,3	05	38,5	01	50,0	04	40,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0															
		i) Autre	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0															
		35 - 49 - 63 - 76	À cette étape, considérez-vous le dépistage du stress post - traumatique	a) important	24	64,9	03	8,3	19	46,3	40	88,9	15	33,3	50	87,7	15	93,8	08	100,0	16	76,2	12	92,3	02	100,0	07	70,0																			
b) peu important	11			29,7	05	13,9	05	12,2	03	6,7	01	5,6	05	8,8	01	6,3	00	0,0	04	19,0	01	7,7	00	0,0	01	10,0																					
c) pas important	03			8,1	02	5,6	01	2,4	02	4,4	02	11,1	01	1,8	00	0,0	00	0,0	01	4,8	00	0,0	00	0,0	02	20,0																					
36* - 50*	Dites-nous ce qui a bien fonctionné selon vous	a) L'approche convenait...	28	75,7	23	63,8	23	56,1	31	68,9	16	38,9	48	84,2																																	
		b) L'homogénéité du groupe	05	13,5	05	13,9	07	17,1	07	15,6	07	38,9	23	40,4																																	
		c) collaboration des victimes	15	40,5	11	30,6	12	29,3	23	51,1	11	61,1	34	59,6																																	
		d) Support mutuel ... victimes	14	37,8	09	25,0	13	31,7	22	48,9	09	50,0	37	64,9																																	
		e) Animation adéquate	07	18,9	11	30,6	10	24,4	15	33,3	06	33,3	28	49,1																																	
		f) Local adéquat	04	10,8	07	19,4	10	24,4	05	11,1	03	16,7	12	21,1																																	
64* - 77*	Dites-nous ce qui a bien fonctionné selon vous	a) L'approche ... victimes													13	81,3	05	62,5	16	76,2	07	53,8	01	50,0	09	90,0																					
		b) ... de dépister TSPT													09	56,3	03	37,5	08	38,1	07	53,8	00	0,0	01	10,0																					
		c) Bon support ...équipe ...													09	56,3	01	12,5	05	23,8	06	46,2	02	100,0	01	10,0																					
		d) complément à intervention													03	18,8	03	37,5	01	4,8	04	30,8	01	50,0	02	20,0																					

TABLEAU DE CONTINGENCE ET POURCENTAGE

Question 7 en rapport avec questions 12 - 13 - 14

		Fréquences observées (f_0) / fréquences théoriques (f_t)				Pourcentage (%)			
		Q - 7 / bacc	Q - 7 / maît	Marge		Q - 7 / bacc	Q - 7 / maît	Marge	
		f_0 / f_t	f_0 / f_t						
Q12 - très bien formé		5,00 / 7,63	8,00 / 5,37	13,00			5,43	8,70	14,13
Q12 - bien formé		23,00 / 29,35	27,00 / 20,65	50,00			25,00	29,35	54,35
Q12 - partiellement formé		19,00 / 12,91	3,00 / 9,09	22,00			20,65	3,26	23,91
Q12 - pas formé		7,00 / 4,11	0,00 / 2,89	7,00			7,61	0,00	7,61
Marge		54,00	38,00	92,00			58,69	41,31	100,00
		Fréquences observées (f_0) / fréquences théoriques (f_t)				Pourcentage (%)			
		Q - 7 / bacc	Q - 7 / maît	Marge					
		f_0 / f_t	f_0 / f_t						
Q13 - très bien formé		6,00 / 10,57	12,00 / 7,43	18,00			6,52	13,04	19,56
Q13 - bien formé		19,00 / 23,48	21,00 / 16,52	40,00			20,65	22,83	43,48
Q13 - partiellement formé		22,00 / 15,26	4,00 / 10,74	26,00			23,91	4,35	28,26
Q13 - pas formé		7,00 / 4,70	1,00 / 3,30	8,00			7,61	1,09	8,70
Marge		54,00	38,00	92,00			58,69	41,31	100,00
		Fréquences observées (f_0) / fréquences théoriques (f_t)				Pourcentage (%)			
		Q - 7 / bacc	Q - 7 / maît	Marge					
		f_0 / f_t	f_0 / f_t						
Q14 - très bonne		1,00 / 2,93	4,00 / 2,07	5,00			1,09	4,35	5,44
Q14 - bonne		6,00 / 7,04	6,00 / 4,96	12,00			6,52	6,52	13,04
Q14 - faible		33,00 / 30,52	19,00 / 21,48	52,00			35,87	20,65	56,52
Q14 - nulle		14,00 / 13,50	9,00 / 9,50	23,00			15,22	9,78	25,00
Marge		54,00	38,00	92,00			58,70	41,30	100,00

Répartition des répondants par région administrative		
No	Identification des régions	n
1	Bas Saint-Laurent	1
2	Saguenay / Lac-Saint-Jean	6
3	Capitale nationale / Québec	9
4	Mauricie	6
5	Estrie	7
6	Montréal / Centre	23
7	Outaouais	5
8	Abitibi / Témiscamingue	3
9	Côte-Nord	0
10	Nord-du-Québec	2
11	Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine	0
12	Chaudière-Appalaches	1
13	Laval	6
14	Lanaudière	1
15	Laurentides	2
16	Montérégie	15
17	Centre du Québec	0
	Toulouse	1
	Picardie	4
	TOTAL	92