

8

De la stupeur à l'adaptation

Le long parcours des sinistrés

Danielle Maltais
Suzie Robichaud
Gilles Lalande
Anne Simard

Université du Québec à Chicoutimi

Déluge sur la ville. L'eau dans les yeux des
sinistrés est celle qu'on voit le moins.

Carol Lebel

À l'aube de ce nouveau millénaire, les individus et les collectivités sont de plus en plus menacés par les catastrophes naturelles¹ (Dufour, 1997; IPCC, 1996; Hare, 1996; Pickering et Owen, 1994; Brighwell, 1990; etc.). Le Canada, par exemple, a connu au cours des deux dernières années des désastres d'une grande ampleur comme en font foi les inondations et la tempête de verglas qu'ont connues le Saguenay, à l'été 1996, le Manitoba, au printemps 1997, l'Île-de-Montréal, le Sud-Ouest du Québec, l'Est de l'Ontario, etc., en janvier 1998. Après les pluies diluviennes de juillet 1996, le géomorphologue Jules Dufour (1997) annonçait: « Il y aura d'autres cours d'eau, des crues spasmodiques, ici

1. Aux fins de cet article, le mot « catastrophe » est compris comme synonyme de « désastre ».

ou ailleurs. » Les chercheurs qui se sont présentés devant la Commission scientifique et technique des barrages² ont évoqué, eux aussi, les incertitudes amenées par les changements climatiques à l'échelle planétaire.

À ce titre, le Fonds mondial pour la nature (WWF) est pris au sérieux par la communauté scientifique et l'ensemble des pays du monde pour agir sur les effets qu'entraînent les modifications du climat afin de prévenir les menaces sur l'environnement global (Lean, Hinrichsen et Markham, 1990). Tous ces désastres ne sont pas sans conséquences sur la santé des individus. Dans ce contexte, l'épigraphe de Carol Lebel en dit long sur la détresse et le sentiment d'impuissance qui ont envahi les populations sinistrées lors des inondations survenues au Saguenay. Au-delà des pertes matérielles, ce coup du sort, puis le souvenir qu'il laisse, provoquent tristesse, souffrance et continuent d'accabler les individus. En l'occurrence, le désastre sera étudié ici en portant attention aux divers problèmes personnels qu'il a entraînés.

Il importe d'abord de préciser que l'observation dégagée dans ces pages n'est pas simplement un questionnement sur le phénomène étudié, mais qu'elle se fonde sur une enquête qui se réalise actuellement. La recherche, effectuée dans la région du Saguenay, tente d'analyser l'ampleur des conséquences des inondations de 1996 sur la santé physique, psychologique et sociale des sinistrés. La stratégie de recherche utilisée repose sur une méthodologie de type qualitatif et son corpus documentaire est issu d'une revue exhaustive des écrits (200 textes ont été analysés) et d'une trentaine de personnes interviewées. Actuellement, presque la moitié d'entre elles ont été rencontrées.

Ce texte puisera donc au contenu des entrevues et décrira leur aboutissement. Pour la clarté du propos, il convient avant tout de présenter en trois temps le cadre de cet article. D'abord, les concepts sont définis afin de pouvoir, ultérieurement, expliquer leurs relations. Ensuite, deux étapes peuvent servir de relais. La première vise à étudier, *en ce qui concerne les perceptions*, comment les chercheurs interprètent et définissent les conséquences d'une catastrophe naturelle sur la santé des populations sinistrées, les facteurs de vulnérabilité et les différences dans le processus d'adaptation. La deuxième cherche à montrer, *dans la pratique*, comment l'expérience d'un désastre affecte concrètement les individus dans leur quotidien. À l'aide d'études de cas, il y aura lieu

2. Créée par un décret ministériel, à la suite des inondations survenues au Saguenay en juillet 1996, cette commission présidée par Roger Nicolet avait pour mandat d'analyser les actions prises par les gestionnaires des barrages privés et publics avant, pendant et après la crue, d'analyser les rapports des propriétaires de barrages, de tenir des séances publiques et d'élaborer, le cas échéant, des recommandations visant à améliorer la gestion des barrages au Québec.

de reconnaître les effets que produit un tel désastre sur les personnes sinistrées tout en portant une attention spéciale aux effets à la fois communs et particuliers qu'il a eus sur elles.

1. DÉLIMITATION CONCEPTUELLE

Les catastrophes, qu'elles soient liées à des causes naturelles (ouragan, tornade, tempête, inondation, etc.), à des causes technologiques ou humaines (effondrements de structures, ruptures de barrages, accidents, violence, famines, etc.), peuvent être étudiées sous divers points de vue³. Cette réflexion part du postulat que les catastrophes n'entraînent pas seulement des pertes matérielles, mais modifient également l'état de santé des individus. Car au-delà des dimensions économique, géographique, organisationnelle ou autres, les désastres ont des répercussions bio-psychosociales importantes qui constituent un cadre privilégié pour comprendre ce que ces événements peuvent produire. D'ailleurs, pour les fins de ce propos, un désastre peut être entendu comme «un événement qui se situe en dehors du monde ou de l'expérience quotidiens, qui affecte un grand nombre de personnes et cause des dommages assez graves pour susciter des demandes ou menaces qui excèdent les ressources et habiletés à s'adapter » (Belter et Shannon, 1993 ; notre traduction). Selon certains auteurs, cet événement a un début relativement soudain et identifiable (Rubonis et Bickman, 1991), puis est concentré dans le temps et dans l'espace (Lazarus et Cohen, 1997; Turner, 1976). Pour d'autres, il modifie profondément le paysage social (Bravo *et al.*, 1990) et provoque des situations de stress collectif (Barton, 1969 ; Kingston et Rosser, 1974). Toujours est-il que cette situation d'urgence commande, selon la Protection civile du Canada, une intervention immédiate et hors de l'ordinaire afin de protéger la vie des personnes et limiter les dommages aux propriétés ou à l'environnement (Protection civile du Canada, 1997).

Dans cette perspective, les recherches scientifiques sur les catastrophes naturelles convergent généralement vers le constat suivant : le traumatisme, c'est-à-dire les émotions violentes ressenties pendant et après un désastre naturel, peut entraîner des perturbations, puis des troubles physiques, psychologiques et sociaux. Qui plus est, ces émotions peuvent dépasser le seuil de la tolérance habituelle et modifier la

3. Selon les auteurs, entre autres, Howard *et al.* (1996), les inondations représentent le type de désastre le plus commun à travers le monde. En effet, celles-ci constituent 40 % des désastres naturels dans leur ensemble.

personnalité (voir, entre autres, Green et Solomon, 1995; Green et Lindy, 1994; Davidson, 1985; Solomon *et al.*, 1992). En l'occurrence, l'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique - ensemble de symptômes pouvant se manifester chez un individu ayant fait face à un événement troublant - sont des effets prévisibles et liés au bouleversement.

Cela dit, certains auteurs ont réfléchi sur la différence entre les désastres naturels et les catastrophes technologiques eu égard à leurs conséquences, puis posent l'hypothèse que ces distinctions sont nécessaires pour bien comprendre et prédire les réactions psychologiques qu'ils entraînent (Baum *et al.*, 1983). Entre autres, Berren, Beigel et Ghertner (1980) proposent un modèle d'analyse qui tient compte des éléments suivants : le type de catastrophe, la durée, le degré d'impact personnel, le potentiel d'occurrence et le contrôle futur. Dans cette lignée, Quarantelli (1985) dégage huit dimensions du désastre ayant un potentiel de création ou d'exacerbation des problèmes de santé psychologique qu'il est bon de citer ici: 1) la proportion de la population touchée ; 2) la position centrale sociale ⁴ ; 3) la durée de l'implication de la population affectée par la crise; 4) la rapidité de l'implication de la population en crise ; 5) la prédictibilité de l'implication dans la crise; 6) la non-familiarité avec la crise; 7) la profondeur de l'implication de la population dans un désastre ; 8) la récurrence de l'implication. Ensuite, pour Bolin (1996), en tant qu'agent stresser collectif, un désastre naturel semble créer une dynamique sociale différente de celle créée par d'autres agents stresser. Quoi qu'il en soit, chaque désastre est en lui-même porteur d'un grand potentiel de destruction, de décès et de blessures, puis de différentes séquelles sur les plans physique, mental, social et économique.

Selon d'autres chercheurs, les catastrophes sont appréhendées autour d'étapes diverses, chacune s'inscrivant dans un processus de prise de conscience de ce qui arrive (notamment, Logue, Melick et Hanse, 1981 ; Ollendick et Hoffman, 1982; Aptekar, 1994). Pour sa part, Raphael-Beverley (1975) en relève six: 1) la période initiale d'incrédulité; 2) la prise de conscience graduelle ; 3) la période de protestation ; 4) la prise de conscience réelle ; 5) l'expression de la colère et de la culpabilité; 6) l'expression des sentiments éprouvés. Bien que la durée de ces périodes puisse varier selon divers facteurs, il n'en

4. Pour Green (1982), le désastre le plus central est celui qui change la structure entière, physique et organisationnelle, parce que les maisons sont détruites et les gens relocalisés dans divers lieux avoisinants. Il le compare au désastre périphérique qui survient chez un groupe de personnes se retrouvant ensemble par hasard, et après lequel les survivants peuvent retourner dans leur communauté géographique respective.

demeure pas moins que pour certains individus cet événement traumatisant comporte des conséquences à long terme. Pour Murphy (1986), la période que l'on qualifie de postdésastre peut durer de un à dix ans alors que les travaux de Green *et al.* (1994) étirent cette période jusqu'à plus de quinze ans, tout en soulignant que les séquelles peuvent même continuer de se manifester tout au long de la vie d'un individu.

2. L'ÉTAT DE LA QUESTION

Le champ de la recherche portant sur les conséquences d'un désastre naturel sur la santé bio-psycho-sociale des individus couvre plusieurs domaines. Les auteurs traitent, entre autres, de la fréquence des problèmes d'ordre psychologique comme l'état de stress post-traumatique, les troubles anxieux ou les troubles dépressifs. La conception du chez-soi et les conséquences de la perte de sa demeure sur les itinéraires résidentiels des sinistrés ainsi que les effets des inondations sur la vie collective ont été aussi étudiés. Dans cette section, nous aborderons exclusivement les conséquences des traumatismes collectifs sur la santé psychologique des individus en traitant des liens qui existent entre les caractéristiques des événements et des individus, et l'état de santé psycho-sociale des sinistrés. Une attention particulière sera portée aux éléments étiologiques, c'est-à-dire aux facteurs de risque personnels et collectifs contribuant à l'apparition et au maintien des problèmes vécus par les sinistrés. Ces informations nous permettront d'identifier les types de sinistrés qui sont les plus susceptibles de développer des sentiments ou des comportements néfastes à leur qualité de vie.

3. L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

Les écrits scientifiques et ministériels révèlent que la présence de séquelles psychologiques est fréquente chez les populations exposées à une inondation. Le phénomène le plus largement documenté est l'état de stress post-traumatique, quoique ce syndrome ne soit pas le seul trouble observé chez les victimes de traumatismes collectifs (Côté, 1996).

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est caractérisé par un ensemble de symptômes spécifiques comme des troubles de sommeil, des difficultés de concentration et de l'hypervigilance. Les experts estiment qu'entre 1 % et 3 % de la population en général souffrent de ce syndrome (Auger *et al.*, 1997; Helzer, 1987) qui apparaît habituellement

entre un et trois mois après les événements traumatisants et qui peut durer une très longue période (Green *et al.*, 1990). Dans certains cas, ce syndrome peut même devenir chronique et les individus atteints risquent de développer d'autres pathologies physiques (hypertension, par exemple) ou psychologiques mettant en péril la poursuite de plusieurs activités personnelles, familiales, sociales ou professionnelles. MacFarlane (1989) souligne qu'il n'est pas rare que le syndrome de stress post-traumatique soit mal diagnostiqué étant donné que certains symptômes sont souvent associés à des personnes hypocondriaques ou à des abuseurs de substances. De plus, il semblerait que les intervenants œuvrant dans le domaine de la santé aient des difficultés à reconnaître ou à envisager l'apparition de ce syndrome (McFarlane, 1989). Le rétablissement des personnes atteintes ne peut se faire que par un traitement approprié (NIMH, 1995). Mentionnons, toutefois, que plusieurs chercheurs ont relevé que les sinistrés ont rarement recours aux spécialistes et aux traitements appropriés (Steinglass et Gerrity, 1990; Laube et Murphy, 1985, Melick, 1985).

Dans une étude réalisée au Saguenay, trois mois après les événements de juillet 1996, une équipe de chercheurs de l'Unité de médecine familiale du complexe hospitalier La Sagamie ont estimé que 20 % des adultes sinistrés étaient aux prises avec cet état comparativement à 4 % chez un groupe contrôle. De plus, l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la détresse émotionnelle a permis de mesurer une prévalence de ce type de détresse chez 30 % des sinistrés, comparativement à 15 % pour le même groupe contrôle (Auger *et al.*, 1997).

Des chercheurs américains ont, eux aussi, constaté que l'état de stress post-traumatique est observable chez les victimes de désastres naturels. Par exemple, Kent et Francis (1995) ont relevé des taux partiels ou complets de l'ESPT chez 73 % des victimes d'un ouragan⁵, tandis que Tobin et Ollenburger (1996) ont estimé qu'à la suite d'une inondation, 71 % des victimes ont manifesté des symptômes de cet état. Après le passage de l'ouragan Andrew, Mellman *et al.* (1995) ont trouvé que 52 % des sujets étudiés répondaient aux critères d'ESPT, tandis que Swenson *et al.* (1996) ont souligné que les enfants ayant été exposés à un ouragan sont également affectés pendant une longue période⁶.

Toutefois, après un désastre, plusieurs éléments peuvent contribuer à l'apparition de l'état de stress post-traumatique. En effet, la

5. L'étude a été réalisée de 6 à 8 mois après cet événement.

6. Vingt et un mois après l'ouragan, 70 % des enfants âgés entre 7 et 13 ans démontraient un taux élevé ou modéré d'ESPT

propension des sujets à le développer varie en fonction de l'état de santé psychologique, des habitudes de vie et de la personnalité des individus avant l'exposition au sinistre, de la nature du traumatisme, de l'ampleur des dommages et pertes ainsi que de facteurs personnels et sociaux post-traumatiques (Côté, 1996; Breslau et al., 1991 ; Breslau et Davis, 1992; Green, 1994).

De plus, Meichenbaum (1994) note que l'alcoolisme chez les hommes et les antécédents de dépression chez les femmes prédisposent les victimes de catastrophes naturelles à développer et à maintenir un état de stress post-traumatique. Côté (1996), Breslau et Davis (1991 et 1992) et Green (1994) rapportent que l'existence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, de troubles de comportements pendant l'enfance, d'événements stressants avant la catastrophe ainsi que l'exposition répétitive à des désastres accroissent les risques de développer l'état de stress post-traumatique ou de manifester l'un ou l'autre de ses symptômes. Selon Olson (1993) et Crabbs et Heffron (1981), les enfants, les personnes à faible revenu, les personnes âgées et les individus subissant de lourdes pertes courent plus de risques de présenter des problèmes psychologiques ou psychiatriques après un désastre. D'ailleurs, Pickens *et al.* (1995) ont aussi fait remarquer que la gravité des symptômes post-traumatiques est directement proportionnelle aux dommages qu'aura subis la demeure. La perte de ressources personnelles et familiales constitue donc un des prédicteurs de l'apparition du syndrome du stress post-traumatique.

Si certains chercheurs n'ont relevé aucune différence entre les hommes et les femmes, d'autres ont démontré que le sexe détermine le type de symptômes associé à l'état de stress post-traumatique. Les femmes seraient plus victimes d'anxiété et de dépression (Green, 1994) et elles ressentiraient plus souvent que les hommes des tensions motrices, de l'appréhension, des phobies et de l'hyperactivité automatique (Shore, Rollmer et latum, 1989). Pour leur part, les hommes seraient plus susceptibles de développer des troubles de personnalité, d'augmenter leur consommation de substances illicites (Côté, 1996) et de manifester des phobies, des troubles de panique, des manies obsessionnelles ou compulsives et des comportements antisociaux (Shore *et al.*, 1989). Les enfants et les adolescents dont la vie a été mise en danger et qui ont subi plus de pertes matérielles démontreraient un niveau plus élevé de stress post-traumatique (La Greca *et al.*, 1996). Chez les adolescents, la perte d'objets personnels, tels les meubles, les vêtements et les objets ayant une valeur sentimentale a été significativement associée à la présence de l'ESPT.

4. DÉSASTRE ET ALTÉRATION DE LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

L'exposition à un désastre, à une inondation, par exemple, peut certes entraîner des pathologies ou problèmes psychologiques autres que l'état de stress post-traumatique. A ce sujet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (1994) et Santé et Bien-être social Canada (1990) mentionnent que les individus soumis à des pertes et à des souffrances importantes doivent s'adapter à des changements dans leur existence et surmonter des crises personnelles, familiales ou sociales qui peuvent laisser des séquelles psychologiques temporaires ou permanentes. Perdre sa maison, craindre pour sa propre vie ou celle d'un être cher, subir les multiples tracasseries occasionnées par la réparation de sa propriété et entreprendre les nombreuses démarches auprès des organismes d'aide peuvent aussi affecter le bien-être psychologique des sinistrés. En l'occurrence, les réactions émotives sont diverses et se manifestent fréquemment chez les victimes d'un traumatisme collectif. Le sentiment de mort imminente, la peur de dormir quand il pleut, les cauchemars répétitifs ainsi que l'anxiété et la détresse émotionnelle ne sont que quelques exemples des séquelles psychologiques dont peuvent être affectés les individus ayant subi une inondation. Bravo *et al.* (1990), Ollendick et Hoffman (1982) ont noté, par exemple, dans leurs études auprès de populations sinistrées, l'augmentation de l'incidence des symptômes dépressifs et somatiques tandis que Lima *et al.* (1989) ont relevé la présence de détresse émotionnelle et une hausse de l'anxiété.

D'autres chercheurs ont aussi remarqué que les victimes d'inondations ont des problèmes de fonctionnement, des sautes d'humeurs, et éprouvent des difficultés à profiter de leur temps libre (Green *et al.*, 1990). Les problèmes d'ordre psychologique peuvent, tout comme le syndrome de stress post-traumatique, s'étendre sur une longue période et provoquer des altérations dans le fonctionnement individuel, familial ou professionnel des sinistrés (Titchener et Kapp, 1976; Church, 1974). Kingston et Rosser (1974) ont démontré une augmentation importante des maladies dépressives (350 %) et névrotiques (1 100 %) dans les communautés affectées par un désastre naturel, tandis que Mellman *et al.* (1995) et Pickens *et al.* (1995) ont souligné que les individus qui ont vécu un ouragan ont tendance à développer des problèmes de mémoire, des symptômes somatiques, de l'anxiété ou de graves dépressions. L'apparition de phobies, d'abus de substances toxiques, l'agoraphobie sont aussi des désordres assez courants chez les sinistrés (Green *et al.*, 1992 ; Canino *et al.*, 1990). Pour leur part, Smith *et al.* (1986) ont remarqué, à la suite des inondations, une hausse significative de désordres

chez les individus touchés et Church (1974) a constaté que les sentiments de culpabilité, la peur des éléments naturels et la présence de cauchemars augmentent de façon significative chez des sinistrés, comparativement à un groupe contrôle non exposé à un sinistre.

Aux États-Unis, la rupture du barrage et les inondations de Buffalo Creek en 1972 ont affecté durement la population. Deux ans après ces événements, Titchener et Kapp (1976) ont observé que 90 % des sinistrés présentaient des problèmes d'ordre psychologique comme l'anxiété, la dépression, les problèmes de développement et d'adaptation et des changements de caractère. Ces derniers ont également mentionné que 80 % des survivants souffraient d'un syndrome névrotique clinique. Aussi, sept ans après ces mêmes événements, plusieurs sinistrés étaient encore aux prises avec des problèmes d'ordre psychologique comme l'abus d'alcool ou des idées suicidaires même si la gravité de l'anxiété et la fréquence des inquiétudes somatiques et de l'excitation avaient subi une baisse significative. Les catastrophes ont également des répercussions chez les êtres humains en bas âge.

En effet, chez les jeunes enfants, l'exposition à un sinistre provoque des difficultés de concentration, des peurs et des problèmes de sommeil ainsi que l'apparition de comportements agressifs et régressifs (Ollendick et Hoffman, 1982). Dollinger (1986) a également démontré que les enfants exposés à une inondation ont tendance à rechercher la présence de leur mère et sont aux prises avec des peurs intenses, des malaises physiques et des douleurs musculaires. Les conséquences psychologiques des sinistrés sont souvent amplifiées chez les enfants parce que ceux-ci ne savent pas comment exprimer leur chagrin ou les sentiments qui les habitent (Benedek, 1985). De plus, Earls *et al.* (1988) et Handford *et al.* (1986) soulignent que les parents ont tendance à sous-estimer les problèmes psychologiques de leurs enfants.

Le degré de détérioration de la santé psychologique des sinistrés, tout comme l'état de stress post-traumatique, est influencé par un ensemble de facteurs personnels et contextuels. La présence de blessures physiques, la peur de se noyer, les décès ainsi que la présence de pertes matérielles importantes sont associés significativement à la psychopathologie (Rubonis et Bickman, 1991 ; Freedy *et al.*, 1994). À ce sujet, plusieurs études mentionnent que l'étendue et l'intensité du chagrin et des problèmes psychologiques sont fortement liées aux pertes subies et à l'importance que l'on accorde à ce qui a été détruit (Pickens *et al.*, 1995). Freedy *et al.* (1994) affirment que les personnes ayant subi des sinistres de moindre importance mais avec plus de pertes sont plus enclines à développer de la détresse psychologique que les individus déclarant moins de pertes lors d'un sinistre d'une plus grande

intensité. Les dommages matériels causés au domicile sont d'ailleurs les facteurs de stress les plus souvent mentionnés par les sinistrés (Nolen-Hocksema et Morrow, 1991).

Les femmes exclues du marché du travail, les familles monoparentales et les personnes à faible revenu et à scolarité moindre risquent plus de développer des sentiments qui détériorent leur état de santé psychologique (Price, 1978, Smith, 1996; De Man et Simson-Hously, 1987, McDonnell *et al.*, 1995, Solomon *et al.*, 1993). Le sexe et l'âge sont aussi des variables significativement associées à la détresse psychologique (Freedy, 1994). Les femmes sont généralement plus affectées que les hommes (Kaltreider, Gracie et Le Breck, 1992) tandis que les personnes âgées ont tendance à développer plus de symptômes dépressifs que les adultes plus jeunes (Canino *et al.*, 1990). Toutefois, en ce qui concerne l'âge, les recherches ne font pas l'unanimité. Certaines, comme celles menées par Santé et Bien-être social Canada (1992), mentionnent que les aînés constituent un groupe très vulnérable en raison d'un état de santé et d'autonomie moindre, puis d'une situation sociale et financière précaire. En revanche, d'autres chercheurs affirment que les personnes âgées réagissent mieux au stress et développent moins de symptômes pathologiques que les adultes exposés aux mêmes sinistres (Faupel et Styles, 1993; Smith, 1996). Les problèmes psychologiques vécus avant l'exposition à un désastre représentent aussi un facteur de risque important pour le développement de désordres émotifs ou psychologiques à la suite d'un sinistre (Tobin et Ollenburger, 1996; Aptekar, 1994).

La nature particulière des symptômes et des pathologies relevés par les chercheurs altère non seulement la santé psychologique des sinistrés mais compromet également leur santé physique. Nombreux sont les chercheurs qui ont noté, par exemple, que les personnes souffrant du syndrome du stress post-traumatique ou de dépression à la suite d'un traumatisme collectif développaient de l'hypertension, des ulcères duodénaux ou des pensées suicidaires (Krug *et al.*, 1998; Mellman *et al.*, 1995; Green *et al.*, 1985; Breslau et Davis, 1992; McFarlane *et al.*, 1994). Les victimes rapportent également souffrir plus fréquemment d'arthrite, de bronchite, de migraines et de problèmes gynécologiques (Breslau et Davis, 1992). Les victimes d'inondations s'infligent également souvent des blessures musculaires ou squelettiques et déclarent souffrir régulièrement de nausées et de douleurs à la poitrine (Faupel et Styles, 1993). Les sinistrés estiment que leur état de santé physique est plus déficient que la population en général (Melick, 1985). Par ailleurs, ceux-ci augmentent de façon notable leur fréquence d'utilisation des services de santé et leur consommation de médicaments (North *et al.*,

1989; Auger et al., 1997; Friedman et Schnurr, 1995). Les taux de suicide, de leucémie, de cancer, de maladies lymphatiques et d'avortements spontanés seraient également plus élevés dans les communautés affectées par une inondation (Krug et al., 1998; Janerich et al., 1981 ; Center for Disease Control and Prevention, 1993).

5. ÉTUDES DE CAS

La recension des écrits a permis de préciser les paramètres de l'affirmation suivante : les désastres perturbent la vie des sinistrés et affectent leur état de santé. Avec comme objectif de comprendre les conséquences des inondations de juillet 1996 au Saguenay, une étude qualitative réalisée par les auteurs est présentement en cours, comme il a été précédemment exposé. Elle cherche, à partir d'études de cas, à brosser un tableau relativement complet de l'impact de ce désastre dans la vie quotidienne des sinistrés et à en évaluer les conséquences sur leur santé.

Les participants, recrutés à l'automne 1997, soit de 18 à 20 mois après les inondations, ont été choisis pour représenter différentes catégories de sinistrés et ont accepté, après une sollicitation téléphonique, de participer à la recherche sur une base volontaire. Ces hommes et ces femmes sont âgés entre 30 et 60 ans et ont tous subi des pertes matérielles majeures. Certains ont perdu maison et terrain et ont dû se réinstaller ailleurs. D'autres ont dû effectuer d'importantes réparations à leur demeure ou la reconstruire au même endroit.

La première caractéristique commune à tous les sinistrés de l'étude concerne le rapport particulier qu'ils entretiennent avec leur résidence. En effet, ils habitaient tous les berges de rivières. Une telle localisation n'est en aucun cas le fruit du hasard et représente pour plusieurs un rêve longtemps chéri et devenu réalité. Toutes les personnes rencontrées envisageaient d'y finir leurs jours. Plusieurs ont elles-mêmes construit leur résidence et aménagé leur terrain, d'autres l'ont rénovée au fil des ans. Pour tous les individus, « leur chez-soi » constituait un projet de vie significatif comportant différentes intentions. Parmi elles, mentionnons la prise de retraite à la campagne, la vie en communion étroite avec la nature, un coin de pays lorsqu'on est immigrant, la poursuite d'une vie familiale sur la ferme paternelle. Ainsi, toute atteinte à ces lieux menace directement les projets qui y étaient enracinés. Une grande partie des conséquences psychologiques de ce déluge semble donc reliée au fait que des projets de vie majeurs ont été menacés ou détruits chez ces personnes.

De plus, tous les sinistrés reconnaissent leur expérience du déluge comme un « stress extrême » entraînant des sentiments aigus d'impuissance ou de terreur. Une telle perception du déluge s'avère indispensable pour autoriser l'usage du diagnostic « état de stress post-traumatique » dans l'étude des réactions des sinistrés.

6. SENTIMENTS RESSENTIS PAR LES SINISTRÉS

Confirmant les données de la recension des écrits, les sujets de l'étude rapportent avoir vécu une succession d'émotions d'intensité variable plutôt qu'une seule réaction persistante. On peut ainsi penser que chacun a vécu diverses étapes d'un processus d'adaptation au stresser qu'a représenté le désastre. Les hommes et les femmes de l'étude ont affirmé avoir éprouvé des émotions différentes.

Dans les premières heures du sinistre, les hommes sont demeurés calmes. On peut facilement comprendre que des riverains ayant l'habitude des crues rapportent ne pas s'être inquiétés avant d'avoir reçu une directive d'évacuation. Plusieurs d'entre eux étaient occupés à déployer des mesures pour protéger leur terrain et leur maison. Le départ du logis s'est effectué presque toujours à la demande d'épouses ou d'enfants, ou pour se conformer à un ordre de la Sécurité civile. Certains hommes ont donc été contraints de quitter leur résidence. Par contre, les femmes rapportent avoir ressenti de l'anxiété, de la peur ou de la panique beaucoup plus tôt. Lune d'entre elles, dont l'angoisse était si intense, a même dû être hospitalisée.

La prise de conscience de la gravité de la situation et par le fait même de l'ampleur des dommages s'est faite de façon graduelle selon les sujets (entre deux jours et deux semaines), entraînant dès lors des réactions de profonde inquiétude, de désorientation, de colère, de découragement, de tristesse. Toute la période d'absence de réponses aux nombreuses questions telles que « Qu'est-ce qui va nous arriver ? », « Combien va-t-on avoir? », « Comment va-t-on s'en sortir ? » a été caractérisée par ces réactions intenses auxquelles s'ajoutaient des frustrations causées par les délais et les démarches à entreprendre pour obtenir des biens essentiels qu'offraient les organismes d'aide. Il s'est agi d'une période très éprouvante pour la plupart. À cette étape, certains hommes disent avoir gardé en dedans ce qu'ils ressentaient, d'autres reconnaissent avoir craqué puis s'être repris en main pour assumer certaines tâches liées à la maison. Enfin, certains avouent s'être sentis complètement désemparés et avoir eu besoin d'aide. Les

femmes semblent plus nombreuses à s'être abandonnées à l'expression émotive.

Par la suite, les réponses provenant des différentes instances gouvernementales soulevèrent diverses réactions émotives selon les sommes reçues et la possibilité ou non de demeurer au même endroit. Pour ceux qui ont eu à reconstruire leur maison, les émotions ont en quelque sorte été mises en attente, la priorité étant de s'atteler à la reconstruction. Plusieurs se sont épuisés sans être conscients de ce qui leur arrivait. L'asthénie, c'est-à-dire le manque de force, l'épuisement, est alors fréquemment évoquée. Pour ceux qui devaient se réinstaller ailleurs, le cœur était plutôt à la tristesse ou à la colère. Ils étaient émotivement engagés dans un processus de deuil alors qu'ils devaient, en même temps, faire des choix et entreprendre des actions pour se loger et se refaire une autre vie ailleurs.

Encore aujourd'hui, tous les sinistrés rencontrés confirment être envahis par des émotions intenses. La joie de vivre n'est certes pas au rendez-vous. Plusieurs avouent se sentir éteints, fatigués et sans élan, d'autres se disent inquiets ou stressés par le remboursement des dettes qu'ils ont dû contracter. La plupart de ceux qui ont dû se réinstaller éprouvent beaucoup de douleur et de tristesse ou parfois même de la colère dont ils ne savent comment sortir.

7. CHANGEMENTS OCCASIONNÉS PAR LE DÉSASTRE

Toutes les personnes rencontrées en entrevues ont perdu des biens matériels. Les montants reçus des autorités gouvernementales ou des organismes d'aide n'ont pu compenser pour l'ensemble des pertes ; les individus se retrouvent donc plus endettés.

De plus, plusieurs problèmes de santé physique ou mentale présentés dans la recension des écrits furent observés chez les sinistrés. Mentionnons, entre autres, l'hypertension, l'asthme et certaines maladies parasitaires qui pourraient être des conséquences des opérations de nettoyage. Différentes manifestations dépressives sont aussi rapportées par les sujets : humeur dépressive constante (tristesse et pleurs), perte d'appétit, troubles de sommeil, fatigue, diminution de l'intérêt pour le plaisir, pensées de mort, etc. Notons que deux personnes parmi nos répondants souffrent d'un trouble dépressif et sont toujours sous médication. L'anxiété est également présente, entraînant chez certains hommes l'exacerbation d'un problème d'alcoolisme ou de consommation de substance illicite. Tous les sujets ont vécu et vivent encore

plusieurs manifestations de l'état de stress post-traumatique. Des pensées ou émotions importunes persistent même si la plupart ne font plus de cauchemars. Des comportements d'évitement sont omniprésents ainsi que certaines manifestations d'activation neurovégétative comme, par exemple, sursauts fréquents, difficultés de concentration et irritabilité. Plusieurs ont souffert de l'ESPT et en souffrent encore alors que d'autres semblent l'avoir surmonté avec de l'aide psychologique.

Les inondations ont aussi, directement ou indirectement, suscité de nombreux changements dans la vie des sinistrés. Leur vie professionnelle a été affectée de façon très marquée. En effet, la majorité d'entre eux ont été contraints à prendre un congé de maladie. D'autres ont dû changer d'emploi ou de fonction en raison de séquelles psychologiques du déluge. Le changement dans les conditions de travail a aussi entraîné une diminution de salaire.

La vie sociale des participants a également subi des changements appréciables. Ici encore, tous les sujets sont unanimes à dire que leur vie sociale et leurs loisirs sont considérablement moins riches. On évite les gens par besoin de repos ou par peur d'avoir à reparler du sinistre, on a perdu ses amis dans les suites du désastre, on n'a plus assez d'argent pour sortir et se récréer. Ceux qui ont dû se déplacer se sentent souvent déracinés et semblent avoir renoncé à leur mode de vie antérieur. Plusieurs de ces endeuillés sont passablement déprimés et s'isolent davantage. La perte d'équipements a conduit plusieurs personnes à renoncer à la pratique de leurs activités de loisirs prédéluge (musique, pêche, ski de fond, bicyclette, etc.). Parmi les expulsés, plusieurs affirment s'être laissés influencer dans leur décision de relocalisation. Ils souffrent de se retrouver dans une autre ville, loin de leur milieu de vie et de leur réseau social habituels. Avec courage, cependant, la plupart gardent espoir et souhaitent se refaire une vie.

La vie personnelle des sinistrés montre aussi plusieurs changements significatifs. Notons que certains sont qualifiés de positifs alors que d'autres sont évalués comme moins souhaitables. Une remise en question de ses valeurs semble être assez générale et plusieurs s'en disent heureux. Nombre d'entre eux constatent qu'ils sont plus empathiques à la souffrance des autres et en sont fiers. La conscience d'être plus fragiles ou vulnérables, l'insécurité et une diminution de l'affirmation de soi représentent les changements fréquemment rapportés. Plusieurs déclarent avoir changé leurs perceptions de certains organismes (gouvernement, Hydro-Québec, Croix-Rouge), tandis que d'autres affirment avoir perdu des illusions et éprouver beaucoup de ressentiment, sinon de la colère.

Les répercussions de ces événements sur la vie familiale et relationnelle des sujets ne sont pas non plus négligeables. Tous reconnaissent ressentir le traumatisme qu'ils ont vécu dans leurs relations familiales ou amicales. Des conflits sont fréquemment apparus dont certains subsistent toujours. Par contre, un bon nombre de sinistrés interviewés considèrent que la relation avec leur conjoint et leurs enfants les a grandement aidés à passer à travers les difficultés et soulignent que les liens établis sont maintenant plus forts. Les sinistrés dont la spiritualité est associée à la pratique religieuse ont aussi reconnu que leur foi les avait aidés. Certains ont évoqué le soutien reçu de certains parents disparus.

Ces quelques études de cas laissent voir, de façon manifeste, que les inondations du Saguenay en 1996 ont provoqué chez les individus sinistrés une détérioration de leur état de santé bio-psychosociale, rendue évidente par l'apparition ou l'exacerbation de problèmes de santé. De plus, leur vie quotidienne a été le théâtre, et cela sur une très courte période de temps, de bouleversements et de changements consécutifs au traumatisme. Somme toute, l'impact de cette catastrophe peut être qualifié de considérable. Il faut aussi signaler que, dans tous les cas, 18 mois après le déluge, les personnes rencontrées sont encore aux prises avec des difficultés et des problèmes d'adaptation non résolus.

BIBLIOGRAPHIE

- APTEKAR L. (1994). «The Psychology of Disaster Victims», dans APTEMAR L. (dir.), *Environmental Disasters in Global Perspectives*, New York, G.K., Hall and Co., p. 79-126.
- AUGER C., M. MARTIN, S. LAWTON et M. TRUDEL (1997). *L'état de stress posttraumatique: l'après-déluge au Saguenay*, Unité de médecine de famille de Chicoutimi.
- BARTON, A. H. (1969). *Communities in Disaster: Sociological Analysis of Collective Stress Situations*, New York Anchor Books, Doubleday et Cie.
- BAUM, A. et al. (1983). «Natural Disaster and Technological Catastrophe-, *Environment and Behavior*, vol. 15, n° 3, Sage Publications Inc., p. 333-354.
- BELTER R.WW et M.P. SHANNON (1993). «Impact of Natural Disasters on Children and Families-, dans *Children and Disasters*, Charleston, South California, Saylor, C.F, p. 85-103.
- BENEDEK, E.D. (1985). «Children and Disaster », *Psychiatric Annals*, vol. 15, n° 3, p. 168-172.

- BERREN, M.R., A. BEIGEL et S. GHERTNER (1980). «A Typology for the Classification of Disasters.», *Community Mental Health Journal*, vol. 16, n° 2, p. 103-111
- BRAVO, M. *et al.* (1990). « Methodological Aspects of Disaster Mental Health Research », *International Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 1, p. 37-50.
- BRAVO, M., M. RUBIO-STIPEC, G.J. CANINO, M.A. WOODBURY et J.C. RIBERA (1990). « The Psychological Sequela of Disaster Stress Prospectively and Retrospectively Evaluated », *American Journal of Community Psychology*, vol. 19, n° 5, p. 661-680.
- BRESLAU, N. et G.C. DAVIS (1992). « Post-traumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults : Risk Factors for Chronicity », *American Journal of Psychiatry*, n° 149, p. 671-675.
- BRESLAU, N., G.C. DAVIS, P. ANDERESKI et E. PETERSON (1991). «Traumatic Events and Post-traumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults », *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, mars, p. 216-222.
- BRIGHTWELL, H. (prés.) [1990]. *Forum parlementaire sur les changements climatiques dans le monde*, Ottawa, 23-24 avril.
- CANINO, G., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEC et M. WOODBURY (1990). «The Impact of Disaster on Mental Health, Prospective and Retrospective Analysis », *International Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 1, p. 51-69.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1993). «Public Health Consequences of Flood Disaster », *Iowa Journal of the American Medical Association*, vol. 270, n° 12, p. 1406-1408.
- CHURCH, J. S. (1974). «The Buffalo Creek Disaster: Extent and Range of Emotional and/or Behavioral Problems*, *Omega*, Logan-Mingo Area Mental Health Inc., vol. 5, n° 1, p. 61-63.
- CÔTÉ, L. (1996). « Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques, » *Santé mentale au Québec*, vol. XXI-1, p. 209-228.
- CRABBS, M.A. et E. HEFFRON (1981). « Loss Associated with Natural Disaster », *The Personnel and Guidance journal*, vol. 59, n° 6, p. 378-382.
- DAVIDSON, J. *et al.* (1985). «A Diagnostic and Family Study of Post-traumatic Stress Disorder », *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, n° 1, p.
- DE MAN, A. et O. SIMPSON-HOUSLY (1987). « Factors in Perception of Tornado Hazard : An Exploratory Study », *Social Behavior and Personality*, vol. 15, n° 1, p. 13-19.
- DOLLINGER, J. (1986). «The Measurement of Children's Sleep Disturbance and Somatic Complaints Following a Disaster », *Child Psychiatry and Human Development*, Human Sciences Press, vol. 16, n° 3, p. 148-153.
- DUFOUR J. (1998). « Les catastrophes naturelles exogènes et l'effet de serre. Quelques réflexions appliquées au déluge du Saguenay », dans DUFOUR J.

- (dir.), *Les inondations de juillet 1996. Les premiers résultats du programme de recherche du GRIR à l'UQAC*, p. 29-37.
- EARLS, I, E. SMITH, W. REICH et K.G. JUNQ (1988). « Investigating Psychopathological Consequences of a Disaster in Children : A Pilot Study Incorporating a Structured Diagnostic Interview -journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 27, p. 90-95.
- FAUPEL, C.E. et S.P. STYLES (1993). «Disaster Education, Household Preparedness, and Stress Responses Following Hurricane Hugo », *Environnement and Behavior*, vol. 25, n° 2, p. 228-249.
- FREEDY, J.R., M.E. SALADIN, D.S. KILPATRICK, H.S. RESNICK et B.E. SAUNDERS (1994). « Understanding Acute Psychological Distress Following Natural Disaster », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 7, n° 2, p. 257-273.
- FRIEDMAN, J.J. et P .P. SCHNURR (1995). «The Relationship Between Trauma, Posttraumatic Stress Disorder and Physical Health),, dans FRIEDMAN, M.J., CHARNEY, D.S. et A.Y. DEUTCH (dir.), *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress : From Normal Adaptation to Post-Traumatic Stress Disorder*, Philadelphia, Lippincote-Raven, p. 507-524.
- GARRISON, C.Z., M.W. WEINRICH, S.B. HARDIN, S. WEINRICH et L. WANG (1993). « (Post-Traumatic Stress Disorder in Adolescents After a Hurricane », *American Journal of Epidemiology*, vol, 138, n° 7, p. 522-530.
- GREEN, B.L. (1994). «Traumatic Stress and Disaster: Mental Health Effects and Factors Influencing Adaptation », dans LIEHMAC, F et C. NADELSON (dir.), *International Review of Psychiatry*, vol. 11, Washington D.C., American Psychiatric Press.
- GREEN, B.L. (1982). « Assessing Levels of Psychological Impairment Following Disaster Consideration of Actual and Methodological Dimensions », *Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 17, p. 544-552.
- GREEN, B. L. et J. D. LINDY (1994). «Post-Traumatic Stress Disorder in Victims of Disasters », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 17, n° 2, p. 301-309.
- GREEN, B.L., M.C. GRACE et G.C. GLESER (1985). «Identifying Survivors at Risk: Long-Term Impairment Following the Beverly Hills Supper Club Fire », *journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, p. 672-678.
- GREEN, B.L., M.C. GRACE, J.D. LINDY, G.C. GLESER A.C. LEONARD et T.L. KRIMER (1990). «Buffalo Creeks Survivors in the Second Decade : Comparison with Non Exposed and Non Litigant Groups-, *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, p. 1033-1050.
- GREEN, B.L., J.D. LINDY, M.C. GRACE et A.C. LEONARD (1992). « Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Diagnostic Comorbidity in a Disaster Sample », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180, n° 12, p. 760-766.

- GREEN, B. L. et S.D. SOLOMON (1995). «The Mental Health Impact of Natural and Technological Disasters », *Traumatic Stress. From Theory to Practice*, New York, Plenum Press, chapitre 7, p. 163-180.
- HANDFORD, H.A., S.D. MAYES, R.E. MATTISON, F.J. HUMPHREY, S. BEGNATO, E.O. BEXLER et J. D. KALES (1986). «Child and Parent Reaction to the Three Mile Island Nuclear Accident-», *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 25, p. 346-356.
- HARE, K. (1996). « Le réchauffement global : prudence et audace », *Écodécision*, hiver, n° 19, p. 29-32.
- HELZER J.E. et al. (1987). « PTSD in the General Population », *The New England Journal of Medicine*, vol. 317, p. 1630-1634.
- HOWARD, M.J. et al. (1996). «Infections Disease Emergencies in Disasters », *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol. 14 (2), p. 415-418.
- IPCC (1996). *Climate Change 1995 - Economic and Social Dimensions of Climate Change - Working Group 11 Report*, New York, Cambridge University Press.
- JANERICH, D.T, A.D. STARK, P. GRENNWALL, WS. BURNETT, H.T. JACOBSON et J. MCCUSHER (1981). «Increased Leukemia, Lymphoma and Spontaneous Abortion in Western New York Following a Flood Disaster », *Public Health Reports*, vol. 96, p. 350-356.
- KALTREIDER N., C. GRACIE et D. LE BRECK (1992). «The Psychological Impact of the Bay Area Earthquake on Health Professionals », *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 47, n° 1, p. 21-24.
- KENT, D.D. et R.A. FRANCIS (1995). « Psychophysiological Indicators of PTSD Following Hurricane : The Multi-Sensory Interview », *Quick Response*, Rapport n° 77, Natural Hazards Center, 7 p. (document <http://www.colorado.edu/hazards>).
- KINGSTON, W. et R. ROSSER (1974). «Disaster : Effects on Mental and Physical State », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 18, p. 43 7-456.
- KRUG, E. et al. (1998). « Suicide after Natural Disasters », *The New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 6, p. 373-378.
- LA GRECA, A.M., E.M. RERNBERG, W.K. SILVERMAN et M.J. PRINSTEIN (1996). « Symptoms of Post-traumatic Stress in Children after Hurricane Andrew A Prospective Study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, n° 4, p. 712-723.
- LAUBE, J.L. et S.A. MURPHY (1985). *Perspectives on Disaster Recovery*, Norwalk, Appleton Century-Crofts
- LAZARUS, R. et J. COHEN (1977). « Environmental Stress-», dans ALTMAN et WOHLWILL (dir.), *Human Behavior and Environment: Current Theory and Research*, New York, Plenum, p. 89-127.

- LEAN, S., D. HINRICHSEN et A. MARKHAM (1990). *Atlas of the Environment*, New York, Prentice-Hall Press.
- LIMA, B.R., H. CHAVEZ, N. SAMANIEGO, M.S. POMPEI, H. SANTACRUZ et J. LOZANO (1989). « Disaster Severity and Emotional Disturbance: Implications for Primary Mental Health Care in Developing Countries », *Acta Psychiatry of Scandinavia*, vol. 79, p. 74-82.
- LOGUE, J. N., M. E. MELICK et H. HANSE (1981). « Research Issues and Directions in the Epidemiology of Health Effects of Disasters », *Epidemiologic Reviews*, n° 3, p. 140-162.
- LONIGAN, C.J., M.P. SHANNON, A.J. TINCH, T.K. DAUGHERTY et C.M. TAYLOR (1991). « Children's Reactions to a Natural Disaster : Symptom Severity and Degree of Exposure », *Advances in Behavior Research and Therapy*, vol. 13, p. 135-154.
- MCDONNELL, S., R.P. TROIANO, N. BARKER E. Noji, G.W. HLADY et R. HOPKING (1995). « Long-Term Effects of Hurricane Andrew : Revisiting Mental Health Indicators », *Disasters : The Journal of Disaster Studies and Management*, vol. 19, n° 3, p. 235-246.
- MCFARLANE, A.C. (1989). « The Prevention and Management of the Psychiatric Morbidity of Natural Disasters: An Australian Experience », *Stress Medicine*, vol. 5, p. 29-36.
- MCFARLANE, A.C., M. ATCHISON, E. RAFALOWICZ et P. PAPAY (1994). « Physical Symptoms in Post-traumatic Stress Disorder », *Journal of Psychosomatic Research*, n° 38, p. 715-726.
- MEICHENBAUM, D. (1994). *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual*, Waterloo, Institute Press.
- MELICK, M.E. (1985). « (The Health of Post-Disaster Population : A Review of Literature and Case Study) », dans LAUBE, J.L. et S.A. MURPHY (dir.), *Perspectives on Disaster Recovery*, Norwalk, Appleton Century-Crafts, p. 179-209.
- MELLMAN, TA., D. DAVID, R. KULICK-BELL, J. HEBDING et B. NOLAN (1995). « Sleep Disturbance and its Relationship to Psychiatric Morbidity after Hurricane Andrew », *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, n° 11, p. 1659-1663.
- MSSS (1994). *Comment intervenir auprès des personnes sinistrées*, Direction générale de la coordination générale.
- MURPHY, S.A. (1986). « Perceptions of Stress, Coping and Recovery One and Three Years after a Natural Disaster », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 8, p. 65-77.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (1995). *Anxiety Disorders, Post-Traumatic Stress Disorder*, NIH Publication, n° 95-3879, non paginé.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. et J. MORROW (1991). « A Prospective Study of Depression and Post-traumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: The 1989

- Loma Prieta Earthquake-, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 61, n° 1, p. 115-121.
- NORTH, C.S., E.M. SMITH, R.E. MCCOOL et RE. LIGHTCAP (1989). « (Acute Postdisaster Coping Adjustment-, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, n° 3, p. 353-360.
- OLLENDICK, D.G. et M. HOFFMANN (1982). « Assessment of Psychological Reactions in Disaster Victims », *Journal of Community Psychology*, vol. 10, p. 157-167.
- OLSON, Loren (1993). « (After the Flood: The Dripping Faucet Syndrome », *Journal of the Iowa Medical Society*, vol. 83, n° 9, p. 324-328.
- PICHERING, K.T et L.A. OWEN (1994). *An Introduction to Global Environmental Issues*, Londres, Routledge.
- PICKENS, J., T FIELD, M. PRODOMIDIS, M. PELAEZ-NOGUERAS et Z. HOSSAIN (1995). « (Post-traumatic Stress, Depression and Social Support Among College Students After Hurricane Andrew) » *Journal of College Student Development*, vol. 36, n° 2, p. 152-161.
- PRICE, J. (1978). « (Some Age-Related Effects on the 1974 Brisbane Floods », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 12, p. 55-58.
- PROTECTION CIVILE DUCANADA (1997). *Liste des désastres pour l'élaboration des plans d'urgence fédéraux*, non paginé.
- QUARANTELLI, E.L. (1985). « (What Is Disaster ? The Need For Clarification in Definition and Conceptualization in Research », dans SOWDER Barbara J. (dir.), *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, NIMH, Center for Mental Health Studies of Emergencies, p. 41-65.
- RAPHAEL-BEVERLEY (1975). « (Crisis and Loss : Counselling Following a Disaster », *Mental Health in Australia*, p. 118-122.
- RUBONIS, V.A. et L. BICKMAN (1991). « Psychological Impairment in the Wake of Disaster: The Disaster-Psychopathology Relationship », *Psychological Bulletin*, vol. 109, n° 3, p. 384-399.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1992). *Services personnels, planification psychosociale en cas de sinistres*, Ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- SHORE, J.H., W.M. ROLLMER et E. IATUM (1989). « Community Patterns of Post-traumatic Stress Disorders », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 177, n° 11, Williams et Wilkins, p. 681-685.
- SMITH, B.W. (1996). « Coping as a Predictor of Outcomes Following the 1993 Midwest Flood », *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 11, n° 2, p. 225-239.
- SMITH, E.M., L.N. ROBINS, T.R. PRYZBECK, E. GOLDRING et S.D. SOLOMON (1986). « (Psychological Consequences of a Disaster », dans SHORE, J. (dir.), *Disaster*

- Stress Studies: New Methods and Findings*, Washington, D.C., American Psychiatric Press, p. 49-76.
- SOLOMON, S.D. *et al.* (1992). « Social Involvement as a Mediator of Disaster-Induced Stress », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 17, p. 1092-1112
- SOLOMON, S.D., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEL et S. CANINO (1993). « Effect of Family Role on Response to Disaster », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 6, n° 2, p. 255-269.
- STEINGLASS, D. et E. GERRITY (1990). « (Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder: Short-Term Versus Long-Term Recovery in Two Disaster-Affected Communities », *Journal of Applied Social Psychology*, n° 20, p. 1746-1765.
- SWENSON, C.C., Saylor F CONWAY, P.M. POWELL, S.J. STOKES, K.Y FOSTER et R.W. BELTER (1996). « Impact of a Natural Disaster on Preschool Children Adjustment 14 Months after a Hurricane », *Journal of Orthopsychiatry*, vol. 66, n° 1, p. 122-130.
- TITCHENER J.L. et E.T. KAPP (1976). « Family and Character Change at Buffalo Creek », *American Journal of Psychiatry*, n° 133, p. 295-299.
- TOBIN, G.A. et J.C. OLLENBURGER (1996). « Predicting Levels of Postdisaster Stress on Adults Following the 1993 Floods in the Upper West », *Environment and Behavior*, vol. 28, n° 3, p. 340-357.
- TURNER B.A. (1976). « The Development of Disasters : A Sequence Model for the Analysis of the Origin of Disasters », *The Sociological Review*, vol. 24, n° 4, p. 753-774.