

Le déluge du Saguenay : Premières heures d'un état de crise

Tania Lecomte et Emmanuel Stip

Volume 21, numéro 2, automne 1996

Intégration sociale et soutien communautaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032395ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032395ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lecomte, T. & Stip, E. (1996). Le déluge du Saguenay : Premières heures d'un état de crise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 9–19.
<https://doi.org/10.7202/032395ar>



Présentation

Le déluge du Saguenay

Premières heures d'un état de crise

Tania Lecomte*

Emmanuel Stip**

Le solide pont en béton essaye encore de se dresser au milieu d'une rivière brune et mouvementée qui a cessé depuis de nombreuses heures déjà de le caresser pour plutôt le frapper de façon lancinante. N'ayant plus rien d'une facture contemporaine, il devient ridicule. Les routes qui normalement le touchent fondent à vue d'œil, comme un château de sable à marée montante sur la plage, ou du sucre en morceaux dans un café. Il a l'air d'un manchot et nous sommes là, des centaines, à réaliser que nous sommes soudain prisonniers d'une île qui vient de rompre ses derniers liens avec le reste d'un continent.

Pendant 48 heures, en effet, nous nous sommes retrouvés au sein d'une communauté captive, à ces premières heures d'un état de crise venu avec le déluge du Saguenay, dans la ville de La Baie. Nous pouvons aujourd'hui, avec un certain recul, retracer les grandes lignes de la situation, permettant de comprendre comment se sont mis en place, de façon improvisée, des mesures et des réponses aux détresses psychologiques présentes.

Dans la définition québécoise et contemporaine de la santé mentale, le dernier élément est celui de l'axe contextuel. Nous voulons ici mettre en perspective quelques rapports immédiats entre le vacillement brutal de cet axe et celui de sujets individuels puis collectifs qui remettent en branle des ressources nécessaires pour reconstruire des ponts

* Mme Lecomte, M.b., Ph.D., candidate au Centre de recherche Fernand-Seguin.

**M. Stip, m.d., m.sc., CSPQ, est à la même institution.

Remerciements

Les auteurs remercient les docteurs Léon Larouche, Martine Nadeau, Normand Bouchard pour leur support et leur relais, et les infirmières de l'infirmière de la Polyvalente, spécialement Ginette Tremblay, pour leur accueil.

avec la réalité. Le début de cette introduction aurait pu être celui d'un journaliste ou d'un romancier et il est volontairement présenté comme tel, car il s'agissait avant tout d'une expérience très subjective.

Les événements

Après avoir assisté au célèbre spectacle de la « Fabuleuse Histoire d'un Royaume », on se rendait bien compte que la pluie n'avait pas cessé de tomber depuis déjà 24 heures. Après une nuit relativement calme dans un gîte du passant au « Chemin de la rivière », le réveil fut brutal. Aux informations, en effet, la radio annonçait qu'une colline s'était effondrée sur une maison : deux enfants y étaient décédés. Pendant notre trajet en voiture jusqu'au centre de la Baie, les rivières rongent les routes, et le pont derrière nous se fait emporter ainsi que des dizaines de maisons avec une banque et une pharmacie. Devant nous, le scénario ne s'améliore pas puisque les autres ponts s'effondrent, faisant de la ville de La Baie une île où bientôt 300 personnes, touristes ou gens de passage, sont invitées à se réfugier dans l'école polyvalente située en altitude. L'eau est coupée ; il y aura des problèmes d'électricité récurrents.

Bien vite, à la Polyvalente, les choses s'organisent de façon que les gens puissent être réconfortés, abreuvés et nourris. On nous distribue de l'eau potable et des couvertures. Les hélicoptères de l'armée peuvent atterrir devant pour livrer le nécessaire. Des matelas de gymnastique permettent aux plus fatigués de s'allonger, et la trentaine d'enfants parmi nous seront pris en charge par deux ou trois gardiennes bénévoles, dans un gymnase transformé en salle de jeu. Quand l'électricité le permet, nous suivons les informations à la télévision ou à la radio pour réaliser l'ampleur de la situation.

Les responsables dans la communauté et ceux de la municipalité établissent des communications avec la police, les pompiers et la Régie régionale. Le sentiment de l'insularité devient de plus en plus présent et c'est dans ce contexte que sera mis en place, dans une des salles de la Polyvalente, une infirmerie de fortune.

Mise en place des mesures et improvisation

Une fois ainsi installé, une responsable de ce refuge demande à l'assistance s'il y a un « médecin dans la salle ». Une équipe se révèle : trois infirmières (dont deux touristes), une physiothérapeute et une psychologue. Une travailleuse sociale du CLSC local, responsable d'un tout nouveau programme d'intervention de crise, réussit à franchir l'un

des ponts chancelant pour rejoindre notre groupe. Cette équipe d'intervenants bénévoles organisera un espace afin de pouvoir accueillir les personnes souffrantes en besoin d'assistance. Il faut également constituer une trousse d'urgence. Des médicaments nous seront donnés par la seule pharmacie que n'a pas emportée le courant.

Description des détresses psychologiques

Le climat à la polyvalente va demeurer calme pendant ces heures de sinistre. L'infirmerie elle-même est régulièrement fréquentée mais sans débordement, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir. Environ une quarantaine de personnes s'y présenteront. Le grand nombre de bénévoles ainsi que l'esprit d'entraide qui règne permettent d'éviter une panique générale, malgré un afflux de nouveaux arrivants et de fréquentes pannes d'électricité. Ceux qui fréquentent l'infirmerie présentent surtout des troubles liés à l'anxiété, exprimés par des crises d'hyperventilation, d'asthme, de panique et même d'hypertension artérielle. Tous recherchent d'abord une oreille attentive à qui conter leurs malheurs, une personne pouvant les apaiser quant à la sécurité de notre asile et les rassurer sur le sort de leurs proches. Les anxiolytiques et les exercices de respiration deviennent, dans plusieurs cas, les interventions prescrites.

Bolin, dans le livre *Mental Health Response to Mass Emergencies* (1988), décrit une relation entre le sens subjectif accordé au désastre naturel et le niveau de détresse psychologique résultant. Nous avons pu constater le même phénomène¹. Par exemple, une dame évacuée de sa demeure perçoit le déluge comme une preuve que nul n'est jamais en sécurité, ce qui va accentuer sa peur de mourir et entraîner une crise de panique accompagnée d'hypertension artérielle. Pour certains, le déluge ravive le souvenir de traumatismes vécus antérieurement. Ainsi, deux femmes du troisième âge vivant un sentiment de perte et d'impuissance pleurent la mort de leurs maris, décédés depuis plus d'un an. Un homme atteint de cécité est parvenu, avec sa femme, à sortir de leur chalet, quelques secondes à peine avant qu'un torrent de boue ne l'emporte. L'événement est d'autant plus traumatisant pour cet homme que, selon ses dires, le bruit s'apparentait à celui de l'explosion qui lui a coûté la vue quelques années auparavant.

Outre l'expérience subjective, la perte réelle est déterminante de la réaction post-traumatique. Certains sinistrés ont été évacués par mesure préventive mais leurs biens matériels demeurent intacts, d'autres ont perdu leur chalet, leur maison, leurs souvenirs d'enfance, leur gagne-pain, leurs animaux de ferme, voire leur terrain. Un homme raconte

comment il y a quelques années il a perdu sa demeure lors d'un incendie : il lui était alors resté un terrain pour rebâtir tandis qu'aujourd'hui plus rien ne subsiste. La carte géographique elle-même s'est modifiée. Quand on touche à la géographie aussi brutalement, on touche aussi à la phénoménologie. Parmi les personnes ayant subi des pertes matérielles importantes, une minorité viendra consulter à l'infirmierie. En fait, il semble que peu d'entre elles réalisent alors l'importance de leurs pertes, et que l'espoir ou le déni retardent leurs réactions émotionnelles.

Nous assisterons davantage les personnes ayant craint pour leur vie, que cette crainte soit fondée ou non. Une femme en état de choc a été secourue avec son conjoint après avoir tenté pendant des heures de créer un barrage de pierres pour empêcher la rivière de les atteindre. Ils ont été retrouvés coincés en forêt, le pont ayant été détruit, après avoir été forcés de dormir dans leur voiture. Ils traverseront la rivière à l'aide de câbles offerts par les secouristes. Il n'est pas surprenant que cette femme se plaigne de douleurs musculaires ; outre sa lombalgie, elle pleure souvent et demande de l'assistance pour ses moindres gestes et mouvements.

En fait, les manifestations anxieuses seront polymorphes et d'intensité variable. Les fantasmes vont bon train. N'avons-nous pas entendu, avant de nous rendre à la Polyvalente, au plein milieu du restaurant Duncon Donuts, un homme s'écrier : « C'est la fin, la Baie va disparaître » ?

Quelques vignettes cliniques illustrent d'autres type de réactions :

- Une femme, partie chercher du pain en auto, a laissé sa fille de sept ans à la maison. À son retour, la police lui interdit le passage du pont qui lui permettrait de retrouver son enfant. N'écoulant qu'elle-même, elle force le barrage et franchit le pont qui menace de s'effondrer à tout moment.
- Un jeune homme porteur d'une trisomie finit par ne plus se contrôler au bout de dix heures dans la Polyvalente et s'écroule, gémissant et terrorisé.
- De nombreuses personnes se présentent aussi à l'infirmierie pour des pics d'hypertension, que nous parvenons à surveiller et à contrôler par de la réassurance et grâce à l'ambiance réconfortante du lieu.
- De nombreuses crises d'asthme sont déclenchées, réclamant des soins plus spécifiques et toujours une attitude à visée anxiolytique.

Dans un cas, une enfant ne pouvant se rendre à la Polyvalente se faire soigner est oxygénée avec un dispositif branché sur l'allumecigare d'une voiture.

- Les chiens eux-mêmes semblent agités, voire plus agressifs, et doivent être placés dans un local à part suite à un incident où une enfant est mordue au visage.
- Une jeune femme sur le point d'accoucher essaye de montrer un parfait contrôle de son anxiété. Finalement, dans cette ambiance, elle sera transférée en hélicoptère à l'hôpital de la Baie.

La diversité de ces situations a obligé les intervenants à s'adapter et à agir en tenant compte, entre autres, des contraintes physiques. Le psychiatre se trouvera parfois confronté à certaines limites de ses compétences lors de situations plus médicales qui font appel au souvenir lointain de ses cours de médecine.

Le rôle des intervenants

Le rôle de chaque intervenant bénévole s'est défini presque naturellement. Les travailleuses sociales se promènent dans les salles afin de vérifier l'état physique et psychologique des sinistrés. Les infirmières assurent les traitements à l'infirmerie, et la physiothérapeute se présente au besoin. Le psychiatre oeuvre comme généraliste pour les troubles physiques et comme psychiatre dans le traitement de l'anxiété et des troubles associés. Il pose le diagnostic, il procède au « triage » des sujets, soit qu'ils puissent retourner avec leurs proches dans la salle commune, soit qu'il nécessitent un traitement par anxiolytiques et un lieu où se reposer. Le rôle de la psychologue en est plus un d'accompagnatrice offrant des techniques de relaxation et de l'écoute empathique.

Pendant la nuit du samedi, la relève d'intervenants psychosociaux rémunérés arrivera, et nos fonctions peuvent prendre fin. Plusieurs particularités différencieront les intervenants bénévoles de cette relève. L'absence de rémunération et de facturation permet non seulement une intervention plus rapide mais crée davantage un sentiment d'aide altruiste. De plus, certains intervenants sont, comme nous, des touristes, coincés sur place sans possibilités de quitter la Polyvalente. Nous dormons tous dans le gymnase avec les autres sinistrés et nous retrouvons tous ensemble, aidés et aidants, au petit matin à faire la queue pour le déjeuner. On se retrouve alors devant le *fish-bowl syndrome* (Dongier et Stip, 1996). Etre intervenant lorsque l'on se retrouve soi-même sinistré crée un sentiment d'utilité lors d'une situation qui entraîne générale-

ment un sentiment d'impuissance. L'envers de la médaille, c'est que nous sommes davantage informés que les autres sinistrés sur la situation extérieure réelle. Or, nous apprendrons en soirée que la Polyvalente elle-même subit des glissements de terrain dangereux, et qu'une évacuation ne s'avère pas encore possible. Malgré tout, nous devons rassurer les gens sur la sécurité de notre asile et ne point laisser paraître notre propre inquiétude.

Recul et analyses

Avec le recul, il devient possible d'évaluer la situation et le type d'intervention en prenant un regard critique. Ce faisant, nous constatons avec surprise que malgré l'inexpérience en matière de sinistre de l'équipe de bénévoles, pratiquement toutes les étapes suggérées par Crocq (1995) dans son chapitre sur l'intervention en situations de catastrophe naturelle auront été respectées. La rapidité avec laquelle s'est alors montée une équipe de bénévoles assure une prise en charge de la situation et une certaine structure organisationnelle qui semble tributaire de l'absence de panique collective. L'instauration de l'infirmerie d'urgence comporte tous les éléments essentiels à la prévention de troubles plus sévères, et le type d'intervention offert selon la symptomatologie présentée correspond intégralement aux recommandations de Crocq (1995). Seul le *debriefing* de l'équipe de bénévoles n'aura pas lieu. Cette activité aurait permis aux intervenants bénévoles de partager leur expérience et de se libérer d'une certaine charge affective suite à la relève par l'équipe d'intervention psychosociale.

La solidarité et la force d'une communauté

« Dans la perspective anthropologique, l'étude des systèmes de représentation et de comportement constitue une voie d'accès privilégiée à ce qui est de l'ordre d'une différence pertinente par rapport à l'utilisation de services de santé mentale. » (Corin et Bibeau, 1988) Au cours des premières heures de ce sinistre, on a vu se mettre en place tout naturellement un réseau de solidarité. Sous bien des aspects, il s'agit en fait d'une véritable *pratique de réseau en santé mentale*. Par contre, ce mode de pratique ne peut qu'être éphémère. On ne peut pratiquer sous cette forme et avec une telle intensité à l'année longue. Il s'agit plus d'un mode de pratique dit de réaction, en l'occurrence au déluge.

La solidarité s'est manifestée entre les gens, professionnels ou non, politiciens ou non, administrateurs ou non, riches ou pauvres, etc. C'est l'instant que nous qualifierions de mobilisation. L'absence de ré-

munération dans ces premières heures, l'absence de dossier médical, la quasi absence de cette bureaucratie caractéristique de notre système de santé contribueront à bien faire fonctionner un mode de réponse à l'urgence de la crise. Par la suite, le relais avec les équipes officielles modifie cette pratique de réseau, et cela est salubre car la permanence d'une modalité de réponse de ce type est une utopie. Il serait bon cependant de retenir que moins il existe de paperasserie, de comités, de dossiers et rapports divers, plus il est possible de devenir imaginatif, solidaire et motivé. Il faut qu'un système de santé et de soins permette l'existence de l'improvisation. L'être humain en a besoin pour se sentir libre. Un psychiatre ou une psychologue sont des improvisateurs. D'autre part, à l'heure où la place du psychiatre est débattue (dans le cadre des nouvelles organisations de soins), il n'est pas superflu de penser à contre-courant. On ne devrait pas, à notre avis, le cantonner dans un rôle d'hyperspécialiste. Il devrait, en certaines circonstances, demeurer en première ligne, tel un généraliste, quelque'un de terrain, même si ce terrain n'en est pas un d'inondation.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est l'un des neuf ministères engagés dans l'organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ). La mobilisation au Saguenay s'est effectuée très rapidement. Ainsi, dès le premier jour, tous les ministères de l'OSCQ ont été alertés et mobilisés pour venir en aide aux municipalités et aux citoyens. Les mesures d'urgence du MSSS ont alerté aussitôt le niveau régional. Les régies régionales de la santé et des services sociaux se sont mobilisées ainsi que les CLSC de la région touchée. Le coordonnateur des mesures d'urgence du MSSS s'est engagé dans les activités de coordination de l'OSCQ et a apporté son soutien aux régies des zones sinistrées. Ensuite, le centre de coordination des mesures d'urgence était formé et fonctionnait à plein temps. On sentait parfois les différences d'appréciation des situations entre nos coordonnateurs locaux à la Polyvalente et ces plus hautes instances. Le docteur Larouche, de La Baie, nous transmettait les informations régulièrement.

On sait que dans tout le Saguenay, quelque 15 000 personnes ont dû être évacuées, dont 5000 par hélicoptères. Dans les hôpitaux du Saguenay, l'achalandage n'a pas été de beaucoup supérieur à la normale. Ce sont surtout les besoins dans le secteur psychosocial qui se sont manifestés. Ainsi, après avoir séjourné dans les camps de sinistrés, les gens sont retournés chez eux et ont constaté l'ampleur des désastres : leur domicile est détruit ou rempli de toutes sortes de débris. Dans bien des cas, c'est à ce moment que le choc psychologique s'exprime. Les gens semblent avoir été surpris par l'ampleur du désastre.

Il y aura une rupture de communications entre les villes et les villages concernés, pendant plusieurs jours dans certains cas. Il y aura un effet d'isolement, plusieurs résidents ayant été privés d'électricité pendant cinq ou six jours. Dans deux villages, on doit installer des cellulaires portables avec transmission par satellite, car le téléphone ne fonctionne plus. Aucune communication n'est possible entre ces sinistrés et leurs parents vivant à l'extérieur. Se sentant isolés, les gens vont se regrouper pour survivre. Mais cela ne se pas fait sans inquiétude pour l'approvisionnement en nourriture et en eau.

Dans les centres d'hébergement, mis à la disposition des réfugiés, le personnel médical et infirmier va, dès le début, identifier ceux qui ont subi un choc psychosocial important. Pour les quelque 20 % qui ont davantage été touchés par les événements tragiques, des séances de verbalisation seront nécessaires et un programme est mis en place dans la région. Comme l'écrit Louis Côté (1996), il est fondamental de surveiller l'apparition des éventuels stress post-traumatiques, et c'est pourquoi un suivi à long terme est nécessaire pour ce repérage. Des programmes spécifiques en rapport avec des modèles théoriques (Brillon et al., 1996 ; Brunet, 1996) seront confrontés à la réalité du traumatisme du Saguenay. Le pronostic n'est peut-être pas aussi lourd que lors de traumatismes comme les guerres car, comme le souligne Louis Côté (1996), « les traumatismes les plus destructeurs pour la psyché humaine sont ceux qui sont le résultat de la violence d'un être humain à l'égard de son semblable ».

Épilogue

Le lendemain, accompagnés des gens qui n'ont plus rien, nous sommes transférés à la base militaire la plus proche. En effet, un bateau assure alors une navette entre Bagotville et La Baie. Nous portons des petits cartons de couleur pour nous discipliner à demeurer dans des groupes précis afin d'éviter les débordements de foule vers le bateau. Pour notre part, nous avons attendu six heures pour l'embarquement et déjà la fatigue et le mécontentement se lisent sur les visages. Durant le trajet en autobus à Bagotville, nous reprenons contact avec le continent, spectateurs d'un bouleversement majeur de l'environnement. Les rues sont détruites à certains endroits. Il y a des déchets variés et toutes sortes de débris de bois venant des maisons détruites. On ressent comme l'effet du travail d'un artiste surréaliste : nombreux réfrigérateurs plantés comme des balises boueuses sans signification, maisons mobiles écorchées exposant leur roues au ciel. La fatigue aidant, notre conscience rappelle un état crépusculaire. On ne sait plus vraiment s'il

s'est agi ou pas d'un cauchemar. En regardant la rivière, on ne se surprend plus d'entendre les rumeurs : celle du trésor englouti est la plus célèbre, évoquant ce coffre-fort de banque qui a été emporté. On espérera également que tous les médicaments sous-marins qui s'échappent de la pharmacie emportée iront enfin combattre les démons séculaires du fjord du Saguenay.

La « Fabuleuse Histoire d'un Royaume » va, en effet, sûrement s'enrichir d'un nouvel épisode. Le déluge appartient désormais à l'inconscient collectif du Saguenay. Par opposition à l'inconscient personnel, comme on l'a vu s'exprimer à travers certaines détresses des vignettes précédentes, Jung nomme l'inconscient collectif. Ses modes de manifestations sont les archétypes. Son exploration ne va pas sans danger : les énergies qui font alors irruption dans l'inconscience inondent l'Être tel un déluge, (Jung, 1953).

Le déluge et ses représentations

Très répandus, les mythes de catastrophes cosmiques évoquent comment le monde a été détruit et l'humanité anéantie à l'exception de quelques survivants. Les mythes du déluge sont les plus nombreux et rencontrés universellement sauf en Afrique. À côté des mythes diluviens, d'autres racontent la destruction de l'humanité par cataclysmes cosmiques : tremblements de terre, incendies, écroulement de montagnes, épidémies. Quelques années auparavant, le Saguenay a connu un tremblement de terre mais sans la dimension catastrophique du présent déluge.

En général, la « fin du monde » n'est pas représentée comme radicale mais plutôt comme la fin d'une humanité suivie de l'apparition d'une humanité nouvelle. L'immersion totale de la terre dans les eaux suivie de l'émergence d'une terre vierge symbolise la régression au chaos et la cosmogonie. Dans un grand nombre de mythes, le déluge semble relié à une faute rituelle qui a provoqué la colère de l'Être suprême : parfois il est juste la traduction du désir d'un Être divin de mettre fin à l'humanité. Mais si l'on porte attention aux mythes qui annoncent l'imminence du déluge, on retrouve parmi les causes majeures non seulement les péchés des hommes mais aussi le déclin du monde. Ainsi, le déluge permet à la fois une recréation du monde et une régénération de l'humanité, (Eliade, 1994 ; Lemming, 1990).

Dans les semaines qui ont suivi le déluge du Saguenay, on sentira très bien à travers tout le Québec, le Canada et le monde artistique un tel dépassement de la dimension purement matérielle. La solidarité s'est

exprimée mais il existait autre chose. La reconstruction a aussi et heureusement une dimension de récréation.

Le rapport à la nature

Il est aussi possible de faire une lecture phénoménologique de ces bouleversements attribuables à la catastrophe. Ainsi, voir son adresse disparaître en même temps que son terrain est une mutation majeure de l'espace d'un être. Comment va t-il se resituer? L'autre aspect, non moins angoissant, est l'expérience du rapport à la nature. La force des eaux, déjà connue ici à travers le potentiel hydro-électrique, était domptée, utilisée, maîtrisée et redistribuée. Il en est allé bien différemment au cours de cette fin de semaine. Outre un désordre, une perte de contrôle a été expérimentée pour rappeler la fragilité humaine. Comme le dira une des personnes en se présentant à l'infirmierie : « Maintenant, je suis fragile pour toute ma vie. »

En guise de mot de la fin, voici un souvenir qui reste gravé dans nos mémoires. Le bateau nous amène vers la base militaire de Bagotville. Au dessus du Fjord, un superbe coucher de soleil. Tout est à la fois si émouvant et si beau. Le bateau devient presque silencieux, nous n'entendons que des murmures. Les gens regardent au loin ce qu'il reste de leurs demeures, de leur ville. On voit facilement les traces du glissement de terrain qui a coûté la vie aux deux enfants. Le bateau se faufile tranquillement entre les débris de maisons, d'arbres et de poteaux qui flottent sur les eaux du fjord. Pour nous les premières heures d'un état de crise prennent fin, mais pour toutes ces personnes, ce n'est que le début d'une très grande épreuve.

Note

1. Certains détails ont été modifiés pour protéger l'identité des personnes décrites.

RÉFÉRENCES

- BOLIN, R., 1988, Response to natural disasters, in M. Lystad, éd., *Mental Health Response to Mass Emergencies*, Brunner-Mazel Publishers, New York, 22-51.
- BRILLON, P., MARCHAND, A., STEPHENSON, R., 1996, Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique, *Santé mentale au Québec*, XXI, 1, 129-144.
- BRUNET, A., 1996, Expositions récurrentes aux événements traumatiques : inoculation ou vulnérabilité croissante ?, *Santé mentale au Québec*, XXI, 1, 145-162.

- CORIN, H., BIBEAU, G., LAPLANTE, R., MARTIN, J. C., 1988, L'accessibilité culturelle des services psychiatriques en Abitibi : Un point de vue anthropologique, *Transitions*, 25, 157.
- CÔTÉ, L., 1996, Éditorial, Un champ clinique et théorique en développement, *Santé mentale au Québec*, XXI, 1, 123-128.
- CÔTÉ, L., 1996, Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques, *Santé mentale au Québec*, XXI, 1, 209-228.
- CROCQ, L., 1995, Psychiatrie de catastrophe, in Senon, J. L., Sechter, D., Richard, D., eds., *Thérapeutique psychiatrique*, Herman, Paris, 989-1002.
- DONGIER, M., STIP, E., 1996, Rural psychiatry, in Q. Rae-Grant, éd., *Images in Psychiatry — Canada*, American Psychiatric Press, Washington, 63-66.
- ELIADE, M., 1994, *Traité d'histoire des religions*, Éditions Payot, Paris, 182-183.
- JUNG, C. G., 1953, *Métamorphoses de l'âme et ses symboles*, Georg, Genève, 204-205.
- LEMMING, D. A., 1990, *The World of Myth*, Oxford University Press, 42-63.

Sommaire

**DOSSIER: Psychothérapies
Sur les sentiers de la psyché**

- 217 Editorial: La psychothérapie interrogée
Actes du Colloque 1995. Filiale du Québec et des Provinces de l'Atlantique (APA)
- 222 Introduction: La psychothérapie aura-t-elle une place dans la psychiatrie de l'avenir? *A.M. Ghadirian*
- 224 La place des psychothérapies analytiques dans les prochaines décennies.
M. Lemay
- 235 Réflexions sur la psychothérapie en tant qu'acte médical. *B.M. Robertson*
- 251 L'empathie et l'intuition en psychothérapie face aux nouvelles stratégies médicamenteuses et aux techniques d'investigation du cerveau.
H.E. Lehmann
- 261 Recherches évaluatives sur l'efficacité des psychothérapies. *D. Frank*
- 275 Opinion. Éthique et psychothérapie. *J. Aubut, D.N. Weisstub*
- 279 Entrevue avec Daniel Widlöcher. *J.M. Guilé, P. Garel*
- Optiques d'intervention**
- 291 Prescrire ou écouter: associer pharmacothérapie et psychothérapie chez l'enfant et l'adolescent. *P. Garel*
- 305 La psychothérapie dynamique brève des enfants. *C. Baron*
- 316 Pratique de la psychothérapie en clinique privée: le choix d'un pédopsychiatre.
J.J. Desjardins
- 325 Psychothérapie dynamique et limite de temps. *R. Messier*
- 333 Le mouvement de l'être. Impasses et défis des psychothérapies psychanalytiques dans le monde contemporain. *E. Corin*
- 352 DÉBAT. *L. Guérette*
- Kaléidoscope**
- 360 Une approche par le jeu sociodramatique auprès de jeunes élèves vulnérables.
C. Meunier et R. Lazure
- 377 La conspiration familiale, entrave à l'évaluation de l'abus sexuel. *L. Gauthier*
- 389 L'adolescent qui somatise: évaluation et intervention en milieu pédiatrique.
M. Girard, P.A. Arseneault, R. Gagné
- 404 Le penser et le dire. Autour du syndrome de stress post-traumatique en pédopsychiatrie. *A. Wintgens, B. Boileau, P. Robaey*
- 417 Nouvelles technologies, art-thérapie et futur. *D. Ranger*
- ◆◆
- 425 Chronique de la recherche. *J.F. Saucier*
- 427 Recension de livres. *Y. Forget, J. Lemire, F. Engelsmann, P. Garel*