

La mort aux premières loges

François Melançon, MD



Le trauma psychologique

Tout comme le stress, les traumatismes font partie de la vie. Certains d'entre eux, comme les viols, les abus physiques, les attaques à main armée et les accidents de voiture, peuvent dépasser nos moyens habituels de défense et nous laisser complètement démunis. Les patients qui en souffrent passent par plusieurs phases :

L'impact : les gens se sentent quasi paralysés. Souvent, ils ont même de la difficulté à croire ce qu'ils ont vécu, ils se sentent émotionnellement engourdis, presque confus à en être désorganisés.

La crise : une fois l'impact digéré, plusieurs présentations sont possibles. Certains alterneront sans arrêt entre la négation et des images intrusives avec hypervigilance, d'autres se présenteront avec une kyrielle de symptômes somatiques – fatigue, étourdissements, céphalées, nausées – associés à de la colère, de l'irritabilité, de l'apathie et du retrait social.

La résolution : la culpabilité, des symptômes de deuil et un état dépressif sont fréquemment évidents durant cette phase et peuvent perdurer jusqu'à un an après l'événement traumatisant.

La reconstruction : c'est durant cette phase que les gens regagnent l'estime d'eux-mêmes qu'ils avaient souvent perdue à la suite du trauma. L'intégration de l'événement comme expérience de vie leur permet alors de se bâtir un moi plus fort.

L'évolution des événements traumatiques

Les réactions quant aux traumatismes psychologiques sont principalement des tentatives de l'individu à s'adapter à une circonstance pour laquelle l'adaptation n'est pas vraiment possible. Elles comprennent des réactions émotives, cognitives, physiques et interpersonnelles.

Réactions émotives

Les réactions les plus fréquentes sont, du point de vue des émotions, le choc, le deuil, l'anxiété, la culpabilité, la colère, l'émoussement émotif, la sensation d'impuissance, la sensation de vide intérieur, la perte de plaisir et, chez les enfants, la régression.

Réactions cognitives

Les réactions cognitives sont nombreuses : cauchemars, concentration difficile, souvenirs intrusifs de l'événement, culpabilité, confusion, désorientation, indécision, etc.

Le cas de Juliette

Vous êtes de garde à l'urgence et vous rencontrez Juliette, une jeune femme de 22 ans. Elle est assise, regarde fixement devant elle, et semble tendue comme une corde de violon. Quand vous lui adressez la parole, elle éclate en sanglots. Après l'avoir calmée, vous apprenez qu'elle arrive de Colombie-Britannique où elle visitait des amis. Il y a deux jours, alors qu'elle faisait la file pour entrer dans un bar, un jeune homme a soudain sorti un fusil de sa poche et tiré à bout portant sur trois personnes, en tuant une et blessant les deux autres. Juliette est formée en premiers soins, et alors que tous les gens s'enfuyaient en criant, elle s'est précipitée sur les victimes pour les secourir. Elle tentait d'arrêter l'hémorragie d'un des deux blessés quand ses amis l'ont arrachée de la victime, et l'ont obligée à quitter les lieux, de peur de la voir tomber sous les balles elle aussi.

(Le cas se poursuit à la page suivante.)

Tableau 1

Principes de base de l'intervention auprès des victimes de stress aigu

Tout ce qui peut réduire le stress doit être utilisé :

- s'assurer que l'environnement est sécuritaire, encourager les contacts avec la famille et les groupes de support;
- assurer la personne que la réaction au trauma est une réaction normale, non pas un signe de faiblesse psychologique;
- aider la victime à reformuler des pensées destructives sur elle-même ou sur le monde en général;
- donner une ou plusieurs médications, si nécessaire, pour diminuer l'hypervigilance (propranolol, agonistes-alpha, benzodiazépines, ISRS, etc.);
- ne pas entreprendre de thérapie autre que de support avec les gens qui, clairement, sont incapables d'être confrontés;
- éviter l'isolement affectif : encourager la famille et les amis à démontrer leur support;
- demeurer disponible;
- ne jamais minimiser la perte : répondre par des clichés n'a jamais rien donné.

Suite du cas de Juliette

Après sa déposition à la police, elle a été conduite à l'hôpital où on lui a donné du lorazépam, puis on lui a demandé de consulter dès qu'elle reviendrait chez elle. Depuis 48 heures, Juliette ne dort pas, ou à peu près. Dès qu'elle ferme les yeux, elle revoit la scène du meurtre et ne cesse d'y penser. À deux ou trois reprises, elle a vaguement somnolé, mais s'est réveillée en criant au milieu d'un cauchemar. Elle n'a rien mangé depuis l'événement : rien ne passe.

Juliette souffre-t-elle de stress post-traumatique? Devrait-elle être adressée à un centre spécialisé dans le traitement de ces cas? Si le lorazépam n'a pas fonctionné, devriez-vous lui donner une benzodiazépine à plus longue action?

Réactions physiques

Sur le plan physique, les gens dorment difficilement, sursautent sans arrêt, sont tendus, fatigués et irritables, présentent des douleurs multiples, ressentent des palpitations et de la nausée. Leur libido diminue de façon importante.

Réactions interpersonnelles

Les relations interpersonnelles deviennent très difficiles : conflits multiples, incapacité à faire confiance, retrait émotif, difficulté au travail ou à l'école, sentiment de rejet ou d'abandon. Les enfants peuvent s'accrocher à leurs parents comme des bouées de sauvetage ou, au contraire, devenir très distants.

Symptômes persistants

Quoique perturbants, ces symptômes ont tendance à diminuer et à disparaître avec le temps. Lorsque certains symptômes persistent, une consultation médicale devrait avoir

lieu : on retrouve entre autres une dépression marquée, une hypervigilance, l'incapacité à contrôler ses émotions ou, au contraire, la persistance d'un affect complètement plat, l'incapacité à s'occuper de soi ou des problèmes persistants au travail ou à l'école. Il y a aussi la récurrence ou l'exacerbation de problèmes psychiatriques préexistants, des symptômes dissociatifs (une dépersonnalisation, une perte du contact avec la réalité, la fugue ou l'amnésie), les mémoires intrusives de l'événement traumatisant, un stress intense persistant, le stress post-traumatique en soi, l'abus de substances, l'agression, les comportements à risque ou une exagération de la promiscuité sexuelle, surtout chez les adolescents.

L'intervention

Auprès des enfants

Plus que les adultes, les enfants doivent être rassurés (autant qu'il est possible de le faire) sur leur sécurité et sur celle de leurs proches. Ils doivent savoir que les événements extrêmement traumatisants sont rares. Les enfants ayant vécu un événement traumatisant ont besoin de plus de présence que les autres. Ils doivent aussi être encouragés à partager leurs émotions. On pourra s'aider de marionnettes, qui aideront beaucoup l'enfant à s'exprimer par personne interposée. Quoique certains enfants peuvent sembler peu affectés, il ne faut pas présumer qu'ils n'ont pas besoin d'aide. Il ne faut pas hésiter à leur demander s'ils ont des questions. En général, on recommande de limiter

Conclusion du cas de Juliette

Juliette présentait une réaction de stress aigu. Le lorazépam a été cessé et elle a reçu un mélange d'antipsychotique atypique, d'ISRS et de chlorhydrate de propranolol. Elle a bien répondu, quoique lentement, à la thérapie cognitive. Son stress n'a pas évolué en stress post-traumatique et elle a pu reprendre sa vie et ses études après quelques mois.

le temps de télévision et de jeux vidéos et de discuter des émissions qu'ils regardent et de leurs jeux. Encore plus qu'avec les adultes, il faut éviter l'excès d'informations. On peut souvent encourager les enfants témoins de scènes traumatisantes à écrire des lettres aux victimes : ce geste leur donne un sentiment d'utilité. On recommande de maintenir un horaire le plus normal possible. La régression, la peur, la colère et les troubles de sommeil sont fréquents. Des enfants refuseront d'aller aux funérailles d'un proche : il ne faut pas les obliger.

Les enfants sont résilients, et beaucoup se remettent d'un événement traumatisant assez rapidement. Cependant, la persistance de symptômes dépressifs, d'une régression, d'un retrait affectif de la famille et des amis, des peurs persistantes, une grande irritabilité, des plaintes physiques multiples ou des problèmes comportementaux nécessiteront une orientation en pédopsychiatrie.

Auprès des ambulanciers, des pompiers, des policiers et des premiers répondants

Ces professions sont particulièrement à risque pour le développement du stress post-traumatique (certaines études suggèrent une fréquence d'un travailleur sur trois). Pour diminuer ce risque, il est essentiel de les encourager à demeurer en contact avec leur réseau social et à vivre une vie aussi normale que possible (se nourrir, dormir, faire de l'exercice). Le système de pairs aidant est extrêmement utile. Une séance de

Dès qu'elle ferme les yeux, elle revoit la scène du meurtre et ne cesse d'y penser.

verbalisation (*debriefing*) après un événement stressant est nécessaire.

Les interventions thérapeutiques

Le *debriefing* : on devra expliquer le but de la rencontre, décrire l'événement traumatisant, évaluer ce dernier, discuter des réactions émotives et de leur normalité, puis suggérer des pistes pour minimiser les conséquences du stress. Il est essentiel que la personne qui fait le *debriefing* sache le faire correctement : les interventions bâclées ont tendance à détériorer la situation.

La thérapie cognitive : cette technique réduit de façon importante l'incidence de stress post-traumatique. Les patients sont particulièrement aidés par le fait de savoir qu'on s'inquiète de leur bien-être, que les réactions violentes qu'ils vivent sont normales, qu'ils doivent continuer à vivre une vie normale. La reconstruction cognitive, qui évite qu'ils tombent dans le piège des fausses idées (la vie n'a pas de sens, je me suis mal comporté, c'est ma faute, je deviens fou, etc.) aide aussi en reformulant ces idées de façon plus positive. **C**



Dr Melançon est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est récemment

revenu à ses premières amours, soit la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie.