



Crédit photo : Louis Richer

## Un trauma, est-ce pour la vie ? Puis-je être guéri, redevenir comme avant ?

Par Stéphane Guay, directeur du Centre d'étude sur le trauma

**A**u cours de leur vie, les trois quarts des Canadiens vivront au moins un événement potentiellement traumatique (EPT) et 10 % d'entre eux développeront un état de stress post-traumatique (ESPT)<sup>1</sup>. Le parcours d'une victime commence par l'exposition à un EPT et ce dernier peut survenir dès l'enfance et ainsi constituer un premier pas vers le développement d'un ESPT futur. Le parcours des victimes varie beaucoup d'un individu à l'autre. Pour bien comprendre, il faut prendre en considération un certain nombre de facteurs. Premièrement, il faut considérer le point de départ qu'est « l'exposition » à un premier EPT, qui est susceptible d'engendrer des réactions post-traumatiques. Ce premier événement peut laisser des traces relativement « invisibles » dans le sens où le fonctionnement de l'individu ne s'en trouve pas toujours altéré. En lien avec cela, vient aussi la notion du nombre et du type d'événements vécus (p. ex. : les agressions sexuelles ont généralement un impact plus grand que d'autres types d'EPT). À cet effet, le fait d'avoir été exposé à quatre EPT ou plus constitue une sorte de seuil qui rend un individu significativement plus à risque de développer un ESPT<sup>1</sup>. Deuxièmement, des facteurs de risque et de protection peuvent influencer le parcours de la victime après qu'elle a été exposée. Nous savons par exemple que le fait d'avoir eu des problèmes de santé mentale antérieurement augmente sensiblement le risque de développer un ESPT à la suite d'un EPT, alors que la présence d'un bon réseau de soutien social aurait pour effet de réduire ce risque. Pour résumer, disons que le fait d'être exposé à un EPT ne signifie pas qu'un individu sera nécessairement « traumatisé ». Mais en

contrepartie, il semble que chaque EPT vécu rend un individu plus vulnérable à développer un ESPT. Mais qu'en est-il quand un ESPT se développe ? Dure-t-il toute la vie ?

La durée d'un ESPT est très variable d'un individu à l'autre, mais chez la majorité de ceux qui l'ont développé, les symptômes seront présents plus d'un an<sup>1</sup>. Toutefois, l'ESPT peut disparaître de deux façons. La première est par « extinction naturelle ». Ce cas survient quand le « conditionnement de peur » qui s'est installé à la suite d'un EPT disparaît peu à peu, un processus dont la durée peut s'étendre de quelques semaines à plusieurs années. La deuxième survient lorsque la victime reçoit un traitement qui permet, soit d'accélérer la disparition du conditionnement de peur (ce que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour l'ESPT peut faire), soit d'améliorer la condition générale de l'individu et lui permettre de reprendre graduellement son fonctionnement antérieur. Toutefois, les EPT et l'ESPT étant généralement très perturbants, ils laissent souvent des traces pour la vie.

En conclusion, la guérison d'un ESPT repose sur un assemblage de plusieurs conditions, mais il demeure important d'aller chercher l'aide d'un professionnel de la santé mentale en cas de besoin. 

### Référence

1. Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther*, 14(3), 171-181.

Centre d'étude sur le trauma  
Centre de recherche de l'Institut universitaire  
en santé mentale de Montréal  
7401, rue Hochelaga  
Montréal (Québec) H1N 3M5  
Tél. : 514 251-4000, poste 3734  
Télec. : 514 251-4014  
plusquilsouvenir.ca

# Comment l'ESPT affecte-t-il le travail ?

## Le cas des intervenants en psychiatrie victimes de violence de la part des patients

Par Lydia Forté, membre du Centre d'étude sur le trauma

**L**a violence envers les intervenants en milieu psychiatrique est fréquente. Une étude menée par des membres de notre équipe<sup>1</sup> avait pour objectif de mettre en lumière les conséquences de l'expérience de quinze intervenants d'un hôpital psychiatrique après que ceux-ci ont été victimes d'un acte de violence grave (AVG) de la part d'un patient. D'une part, les intervenants-victimes rencontrés ont tous évoqué un état d'hypervigilance. D'autre part, certains ont révélé avoir développé une peur spécifique à leur agresseur, tandis que d'autres ont rapporté avoir développé une peur généralisée à l'ensemble de la clientèle.

Considérant les éléments exposés dans cette étude, un lien manifeste peut être établi avec les symptômes reliés à l'état de stress post-traumatique (ESPT). La majorité des intervenants-victimes nomment la nécessité d'éviter leur agresseur ou les patients en général, dont ils se méfient. Certaines pensées négatives, telles que « le monde est dangereux », sont mentionnées à travers leurs discours, les amenant à modifier certaines habitudes quotidiennes, même à l'extérieur du travail. Les modifications des perceptions envers le patient-agresseur ou envers les patients en général peuvent engendrer une diminution de leur implication et de leur engagement au travail, donc une réduction de l'intérêt pour des activités importantes et leur participation à celles-ci. Finalement, l'AVG a engendré chez les intervenants une diminution du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Ces similarités permettent d'inférer que les employés victimes de violence en milieu psychiatrique sont à risque de développer un ESPT.

Il serait donc pertinent que les programmes préventifs avant (sensibilisation) et après (intervention et soutien)



d'un AVG soient basés sur les interventions thérapeutiques préconisées pour le traitement de l'ESPT. Les chercheurs de notre équipe<sup>2,3</sup> proposent un modèle de prise en charge psychologique et sociale des travailleurs à risque d'être exposés à des AVG. Ils ciblent trois niveaux de prévention : 1) primaire, afin de diminuer le risque d'exposition à ces actes et préparer les intervenants à leur éventualité, 2) secondaire, afin de réduire le risque de développer des troubles psychologiques ou psychiatriques à la suite d'un AVG, puis 3) tertiaire, afin de diminuer le risque que ces troubles deviennent chroniques. [T](#)

### Références

1. Forté, L., Lanctôt, N., Geoffrion, S., Marchand, A. & Guay, S. (2015). *Experiencing Violence in a Psychiatric Setting: Generalized Hypervigilance and the Role of Caring in the Modulation of Fear*. Document soumis pour publication.
2. Guay, S., Gauthier, M.-P. et Marchand, A. (2011). Prise en charge des travailleurs exposés à des actes de violence grave. *Objectif Prévention*, 34(2), 30-31.
3. Guay, S. et Marchand, A. (2011). Actes de violence grave : prise en charge des travailleurs. *Objectif Prévention*, 34(3), 29-31.

# Une vie de qualité après un événement traumatique, c'est possible ?

Par Mélanie Rocheleau, candidate au B. Sc., et Christophe Fortin, Ph. D.

**L'Organisation mondiale de la santé** (OMS) définit la qualité de vie (QV) comme « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Cette perception est influencée, entre autres, par sa santé physique et psychologique ainsi que par ses relations sociales. Il a été démontré que l'état de stress post-traumatique (ESPT) affecte les perceptions et donc la QV de l'individu. Les études scientifiques démontrent que trois variables ont un effet important sur la QV à la suite d'un ESPT : le soutien social, les stratégies d'adaptation et la sévérité des symptômes.

## Le soutien social

Le soutien social se définit par la quantité, la qualité et la disponibilité des relations qui fournissent un appui affectif à un individu. Le soutien social peut avoir un effet positif autant que négatif sur la QV des individus aux prises avec un ESPT. Des comportements aidants des proches tels que le soutien émotionnel et l'encouragement à parler de l'événement traumatique tendent à augmenter l'estime de soi et le sentiment de bien-être psychologique, tout en diminuant la

détresse et le risque de dépression. Un soutien social négatif se manifeste par des comportements qui visent à éviter de parler avec la victime des pensées liées à son traumatisme, les critiques, l'insensibilité et la minimisation de l'impact de l'événement. Les personnes souffrant d'un ESPT rapportent avoir moins de contacts avec leurs amis, recevoir moins de soutien de leur part, éprouver moins de satisfaction relationnelle et entretenir moins de communication avec leurs proches. Conséquemment, pouvoir se confier à une personne attentive, qu'il s'agisse d'un psychologue ou d'un proche, permet de diminuer la détresse tout en améliorant la QV.

## Les stratégies d'adaptation

À la suite d'un événement traumatique, des stratégies d'adaptation sont mises en place par l'individu pour gérer son stress. Ces stratégies peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur la QV, selon qu'elles sont adaptées ou non. Par exemple, les stratégies à privilégier peuvent être la recherche active de soutien, l'utilisation des ressources à sa disposition, la communication et l'acceptation de ses émotions. Toutes ces stratégies d'adaptation sont des facteurs de protection pour les individus atteints d'un ESPT et elles contribuent à l'amélioration de leur

QV. Par opposition, les individus atteints d'un ESPT qui gèrent leur stress par des stratégies d'adaptation inefficaces (p. ex. : désengagement social, consommation de drogues ou d'alcool) ont tendance à éviter les situations qui pourraient engendrer des reviviscences de l'événement traumatique.

## La sévérité des symptômes

Le facteur le plus déterminant de la QV après un événement traumatique est la sévérité des symptômes de l'ESPT. En effet, celle-ci est associée à une perception négative qu'a la victime de sa QV, et ce, indépendamment du soutien social perçu et des stratégies utilisées pour gérer son stress<sup>1</sup>. Par exemple, les difficultés de sommeil et les cauchemars récurrents nuisent à la santé physique et psychologique des victimes. L'irritabilité et l'hypervigilance expliquent en partie les difficultés dans leurs relations sociales, tout comme les difficultés de concentration peuvent compromettre leur capacité à travailler et leur fonctionnement personnel. De plus, les personnes atteintes d'un ESPT peuvent vivre avec un sentiment d'insécurité constant qui peut nuire à la perception positive de leurs conditions de vie et par la suite, réduire l'évaluation de leur QV. Conséquemment, consulter un professionnel de la santé mentale est une décision profitable puisque cela permet de réduire la sévérité des symptômes.

## Conclusion

La littérature suggère qu'il est possible pour une personne atteinte d'un ESPT de reprendre un fonctionnement personnel, social et professionnel normal, et de retrouver, en partie ou en totalité, une QV satisfaisante. Afin d'y arriver, il est primordial de rappeler que le soutien social, les stratégies d'adaptation et la réduction des symptômes jouent un rôle déterminant sur la QV ainsi que sur la récupération de l'ESPT. [T](#)

## Référence

1. Nachar, N., Guay, S., Beaulieu-Prevost, D. et Marchand, A. (2013). Assessment of the Psychosocial Predictors of Health-Related Quality of Life in a PTSD Clinical Sample. *Traumatology*, 19(1), 20-27.



# L'influence de la culture sur les réactions post-traumatiques

Par Julie St-Laurent, candidate au Ph. D.

À la suite d'un événement potentiellement traumatique (EPT), une personne devient à risque de développer une réaction de détresse, et ce, indépendamment de sa culture d'origine. Mais lorsque cette réaction se développe, les chercheurs ne sont pas tous d'accord pour affirmer qu'elle se manifeste de la même façon, peu importe le contexte culturel. Ce débat soulève un questionnement important quant au rôle de la culture dans l'expérience vécue relativement à un EPT. Jusqu'à quel point la culture influence-t-elle l'interprétation des événements, l'expression de la détresse et la signification des symptômes ? Réfléchir à cette question est capital afin de s'assurer de bien évaluer les réactions post-traumatiques des gens issus de différentes cultures et de bien comprendre leurs besoins pour leur apporter un soutien adéquat. Quant à ce débat, deux positions s'affrontent.

## Universalisme : une réponse semblable pour tous

D'un côté, le point de vue universaliste propose que le diagnostic d'ESPT capture l'unique réponse traumatique possible et qu'il convienne de façon homogène à tous les individus de la planète. Ainsi, l'ESPT serait indépendant de la culture, et les tenants de cette position argumentent qu'aucune recherche à ce jour ne fait état d'une culture où les réactions d'ESPT seraient absentes.

## Relativisme : des réactions différentes selon la culture

D'un autre côté, la vision relativiste soutient que les réponses post-traumatiques seraient fortement influencées par des aspects culturels tels que les valeurs et les croyances. Trois arguments principaux sont avancés afin d'appuyer la vision selon laquelle l'ESPT ne traduirait pas fidèlement l'expérience de détresse post-traumatique dans toutes les cultures<sup>1</sup>. Premièrement, le niveau de détresse associé aux symptômes d'ESPT varierait selon les croyances culturelles.

Dans certaines cultures, certains symptômes d'ESPT pourraient n'engendrer peu, voire aucune détresse. Par exemple, dans certains pays d'Afrique où la culture du sommeil est très différente de la nôtre, les cauchemars ne sont pas vécus avec le même désarroi<sup>2</sup>. Après avoir été témoin du meurtre d'un être cher, un Africain qui rêve constamment à l'événement pourrait interpréter ces rêves de façon positive et réconfortante, puisque dans sa culture, le rêve est un moyen d'entrer en contact avec le défunt. Deuxièmement, des symptômes inclus dans les critères diagnostiques de l'ESPT peuvent ne pas avoir de signification dans certaines cultures. À titre d'exemple, dans la tribu des Kalahari Bushmen d'Afrique du Sud, les réactions d'émoussement affectif et de dissociation sont tellement peu présentes que les gens de cette culture n'arrivent pas à conceptualiser ce qu'elles signifient<sup>3</sup>. Troisièmement, la façon d'exprimer la détresse ressentie varie selon les croyances culturelles. Après avoir été exposés à un ESPT, les gens de cultures non occidentales vont présenter une proportion nettement plus élevée de symptômes somatiques (p. ex. : douleurs non reliées à un problème biologique) où leur souffrance psychologique va majoritairement se traduire par des symptômes physiques<sup>4</sup>. Les symptômes de somatisation ne sont pas inclus dans les critères diagnostiques de l'ESPT, et de ne pas en tenir compte ne permet pas d'évaluer pleinement le niveau de détresse vécu par les personnes issues de ces cultures.

## En conclusion : importance d'adopter une position nuancée

La réflexion sur l'universalité du diagnostic d'ESPT a mené à la création d'une approche plus nuancée afin d'évaluer les réactions traumatiques dans des cultures non occidentales. L'utilisation du diagnostic d'ESPT demeurerait pertinente, mais il serait essentiel de ne pas décontextualiser



l'expérience vécue par une personne du milieu culturel dans lequel elle a eu lieu. Il serait aussi nécessaire d'adapter l'évaluation psychologique en y incorporant des aspects culturels importants. En effet, certains symptômes d'ESPT seraient universels, alors que d'autres seraient plus fortement influencés par des aspects culturels. Un diagnostic d'ESPT ne pourrait donc pas être appliqué de façon rigide à toutes les cultures, et une certaine flexibilité serait de mise afin de respecter les ressemblances entre les cultures, mais aussi les différences de valeurs, de langage, de sémantique et de croyances. [T](#)

## Références

1. Bracken, P. J., Giller, J. E. et Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 40, 1073-1082.
2. Friedman, M. J. et Jaranson, J. (1994). The applicability of the Posttraumatic Stress Disorder concept to refugees. *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington DC: American Psychological Association.
3. Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T. et Scurfield, R. M. (1996). *Ethnocultural aspects of PTSD: Issues, research and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
4. Terheggen, M. A., Stroebe, M. S. et Kleber, R. J. (2001). Western Conceptualizations and Eastern Experience: A cross-cultural study of traumatic stress reactions among tibetan refugees in India. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 2001.

# Suivre des victimes avec un ESPT : entrevue avec une psychologue

Par Valérie Billette, Ph. D., psychologue

## **Comment les intervenants tiennent-ils compte du parcours des victimes dans le traitement ?**

V. B. – Lors de l'évaluation initiale, les intervenants questionnent entre autres la victime sur son histoire personnelle, sur les événements traumatiques auxquels elle a été confrontée et sur les stresseurs avec lesquels elle est actuellement aux prises et ajuste le rythme et le contenu des rencontres en conséquence. Par exemple, si une victime est en procédures judiciaires pendant le traitement, les stratégies principales pourront temporairement être mises de côté et de l'aide pourra lui être offerte pour se préparer aux procédures et gérer les émotions qui en découlent.

## **Est-ce que le traitement est long ?**

V. B. – La durée du traitement est variable. Au Centre d'étude sur le trauma, de 8 à 32 rencontres sont offertes. Le nombre de rencontres nécessaires varie en fonction de la sévérité de la problématique, de la présence de difficultés connexes (p. ex. : dépression, toxicomanie), de l'implication de la victime, etc.

## **Certaines victimes consultent rapidement, tandis que d'autres attendent. Pourquoi ? Quels sont les impacts ?**

V. B. – Le seul fait de communiquer avec un professionnel peut agir comme rappel de l'événement et générer de la détresse, ce qui peut amener certaines victimes à ne pas chercher d'aide. Certaines victimes pensent également pouvoir s'en sortir seules. Il est en effet possible de diminuer significativement ses symptômes et retrouver un fonctionnement social, personnel

et interpersonnel satisfaisant, et ce, même sans traitement avec un professionnel. L'aide professionnelle devient toutefois importante lorsqu'une personne présentant des symptômes de stress post-traumatique voit son fonctionnement général affecté ou qu'une souffrance considérable y est associée. Consulter peut également permettre un rétablissement plus rapide. Agir

dès la survenue des premiers symptômes peut également favoriser l'utilisation de stratégies adéquates dès le départ pour éviter le maintien des difficultés et la chronicisation du trouble.

## **Est-il difficile de confronter ses peurs ?**

V. B. – Le traitement de l'ESPT est exigeant. Par contre, lorsque le rationnel lui est clairement expliqué, la victime comprend l'importance de confronter ses peurs. L'évitement des souvenirs et des situations anxiogènes agit en effet comme facteur de maintien des difficultés. Le psychologue et la victime travaillent donc en collaboration pour favoriser l'exposition aux situations évitées et aux souvenirs de l'événement. Nous procédons toujours de façon très graduelle en nous assurant que l'anxiété ressentie est tolérable. Plusieurs victimes décrivent par

la suite cette stratégie comme ayant été la plus difficile, mais également la plus aidante.

## **Le traitement est-il efficace ?**

V. B. – Le traitement de choix pour l'ESPT est le traitement d'approche cognitive comportementale. Son taux d'efficacité auprès de victimes de divers types d'événements est de 60 à 70 %. 



# Je suis Brigitte... victime d'un acte criminel

## **Pouvez-vous nous raconter brièvement votre agression ?**

Le 31 août 2011, j'ai été agressée au tournant d'un rond-point menant à un centre commercial. L'agresseur est arrivé par-derrière et est entré dans ma voiture, côté passager. Il m'a séquestrée et blessée. J'ai réussi à sortir de ma voiture et l'homme s'est sauvé avec mon véhicule.

## **Comment vous êtes-vous sentie, physiquement et psychologiquement, pendant et après l'événement ?**

Physiquement, ça allait quand même assez bien. Mais psychologiquement, l'impact a été majeur. J'ai souffert et je souffre toujours d'hypervigilance. Je revis l'événement et sens encore les odeurs du moment.

Pendant l'agression, j'étais hyper stressée et combative en même temps. L'adrénaline m'a fait faire des choses que jamais je n'aurais pu croire faire.

Dans les jours et les mois suivants, il y a eu beaucoup de cauchemars, de sursauts, beaucoup de difficulté avec les bruits aigus. Même encore aujourd'hui, je fais de l'insomnie et je suis toujours aux aguets. En voiture, j'ai encore beaucoup de difficulté lorsque j'arrête à une intersection, surtout si je suis la première à l'arrêt ou aux feux de circulation.

Je crains l'homme en général, que je ne connais pas.

## **Comment avez-vous su que vous souffriez d'un ESPT ?**

À la suite à cet incident, j'ai eu une réaction majeure, environ deux semaines plus tard. J'étais au travail, sur un appel difficile, avec un client agressif, lorsque je me suis mise à pleurer et tout m'est revenu. Les sensations et même les odeurs sont revenues. J'ai su à cet instant que je n'allais vraiment pas bien. J'ai dû

arrêter de travailler. C'est à ce moment que j'ai su que je souffrais d'un ESPT.

## **Quels ont été les impacts sur votre qualité de vie personnelle, au travail, avec vos proches et vos amis ?**

Sur le plan personnel avec ma famille et mes amis, j'ai la chance d'être bien entourée. J'ai un conjoint adorable, une famille et des amis très soutenant.

Au travail, ma gestionnaire du moment s'est très bien occupée de moi. Lors de l'incident, c'est elle que j'ai rejointe, car elle était plus près du lieu que quiconque. Celle-ci a accouru vers moi sans hésiter. Elle a aussi pris soin de moi lorsque j'ai dû quitter le travail.

## **Avez-vous pensé à un moment donné que vous ne vous en sortiriez pas ? Qu'est-ce qui se passait dans votre tête ?**

Au moment de l'événement, je me suis sentie seule au monde, je me suis fermée et j'ai cru que j'étais une super héros. Mais la réalité m'a vite rattrapée. Et de là, je me suis sentie comme une moins que rien, avec plusieurs questionnements tels que « Pourquoi ça m'est arrivé ? » ou « Pourquoi n'ai-je pas agi comme ceci ou comme cela ? ».

## **Qu'avez-vous mis en action pour aller chercher de l'aide ?**

À ce moment, on ne sait pas vers qui se diriger. J'ai eu la chance d'être bien guidée par la policière qui enquêtait sur le dossier. Elle m'a recommandé de communiquer avec le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) de ma région. À cet endroit, on m'a dirigée vers l'organisation de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) et, en même temps, on m'a parlé du Centre d'étude sur le trauma vers lequel je me suis aussi dirigée. La policière et la dame du CAVAC n'ont aucune idée du bien qu'elles ont pu me faire.



## **Comment s'est déroulée votre thérapie ?**

J'ai eu la chance d'avoir un suivi rapidement. J'ai été prise en charge immédiatement, sans délai. Ce qui m'a permis un certain soulagement. J'ai eu la chance de rencontrer des gens extraordinaires qui ont su m'entourer et m'aider à vivre en conservant une certaine qualité de vie. J'ai eu la chance d'avoir une psychologue à mon écoute. Mon conjoint a aussi eu une rencontre avec celle-ci, ce qui lui a permis de mieux comprendre ma situation.

## **Quels conseils donneriez-vous aux victimes avec un ESPT ?**

Je conseille fortement aux victimes comme moi de ne pas hésiter à consulter, de voir et de rencontrer des gens qui sont aussi victimes d'actes criminels. Il faut en parler, aller vers les bonnes ressources, ne pas hésiter à aller chercher le plus d'aide possible.

Il faut arriver à accepter ce qui nous est arrivé et tenter de vivre du mieux que l'on peut avec les conseils qui nous ont été donnés.

Encore aujourd'hui, c'est difficile pour moi lorsque j'écris ou que je raconte mon histoire, mais j'ai appris à accepter ce qui m'est arrivé et, à tout moment, je tente de vivre du mieux que je peux en utilisant mon petit coffre à outils rempli des bons conseils qu'on m'a donnés. 

# Interventions brèves et précoces pour les victimes d'événements traumatiques

Par Myra G. Crevier, psychologue et professionnelle de recherche au Centre d'étude sur le trauma

**L**e parcours de chaque individu à la suite d'un événement traumatique est particulier. La plupart des individus s'en remettent avec le passage du temps. Par contre, 20 à 50 % d'entre eux développent des réactions de stress durant le premier mois pouvant mener à un état de stress aigu (ESA). Cet état représente l'un des prédicteurs les plus importants de l'état de stress post-traumatique (ESPT), qui réfère à des réactions persistant au-delà du premier mois. L'ESPT est invalidant, génère de la détresse et a tendance à se chroniciser en l'absence d'interventions. Ainsi, les chercheurs ont développé des interventions brèves et précoces afin d'agir rapidement pour prévenir l'apparition d'un ESPT.

Durant les deux premiers jours suivant l'événement, l'individu se trouve dans la phase de récupération dite immédiate. Souvent en état de choc, ce dernier est peu disponible émotionnellement à recevoir une aide psychologique. C'est alors que l'aide psychologique d'urgence est appropriée<sup>1</sup>. Ce type d'intervention est souvent utilisé à la suite d'un désastre naturel ou d'un événement de masse tel qu'une fusillade. Cette intervention est facilement utilisable dans divers environnements, adéquate pour les enfants, adolescents et adultes, culturellement adaptée et élaborée selon les recherches scientifiques. Les objectifs sont de réduire la détresse initiale et d'établir des stratégies d'adaptation à court et à long terme. L'évaluation est brève et immédiate, souvent effectuée dans le même environnement où s'est produit l'événement. L'intervention permet de déterminer les besoins spécifiques immédiats et le niveau des soins d'urgence, de favoriser la sécurité et le soutien social, ainsi que d'orienter l'individu vers les services d'aide adéquats. L'efficacité de l'aide psychologique d'urgence a été

prouvée scientifiquement. De surcroît, il apparaît important de détecter les individus à risque en effectuant un suivi dans le premier mois<sup>3</sup>.



Une autre forme d'intervention est le *debriefing* psychologique<sup>2</sup>. Elle est généralement utilisée auprès d'équipes d'intervention d'urgence telles que des policiers, par exemple après avoir tiré sur un suspect. Le *debriefing* se déroule en petits groupes, en une ou deux séances, dans les premières 24 à 72 h. Chaque individu est invité à prendre la parole à tour de rôle sur une base volontaire et confidentielle pour discuter de l'événement vécu : des faits, de ses réactions, émotions et symptômes. Par contre, les études scientifiques montrent que le *debriefing* ne permet pas de prévenir le développement de l'ESPT. Parfois les intervenants ne sont pas suffisamment formés et certains individus ne sont pas prêts émotionnellement à parler de l'événement. Donc, le *debriefing* ne représente pas une forme d'intervention à promouvoir<sup>3</sup>.

Finalement, au cours de la phase de récupération dite post-immédiate, soit dans les jours et les semaines suivants l'événement, l'individu se sent désormais plus

en sécurité et disposé à recevoir une aide psychologique. Ainsi, la thérapie cognitive et comportementale (TCC) s'avère pertinente. Il s'agit d'une thérapie brève et précoce, de quatre à six séances, offerte par un professionnel pour les individus présentant des réactions de stress aigu importantes. Les objectifs sont d'informer l'individu quant aux réactions de stress, de favoriser la gestion de son anxiété, d'optimiser son soutien social et de réduire les reviviscences de l'événement, les réactions affectives et l'évitement, en effectuant des exercices d'exposition au récit de l'événement et aux situations associées. Les études scientifiques soutiennent l'efficacité de la TCC pour prévenir l'ESPT et la définissent comme un traitement de choix<sup>3</sup>.

En somme, il semble pertinent d'adapter les interventions selon les phases de récupération de l'individu : opter pour l'aide psychologique d'urgence dans la phase immédiate et utiliser la TCC brève et précoce auprès des individus avec des réactions de stress lors de la phase post-immédiate. 

## Références

1. Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... Watson, P. (2006). Psychological first aid field operations guide. *National Child Traumatic Stress Network*.
2. Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services, 8*, 36-39.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005, mis à jour en 2014). Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE clinical guideline 26. Available at <http://www.nice.org.uk/guidance/CG26>

# Roméo Dallaire : un général dans la tourmente rwandaise aux prises avec un ESPT

Par Mélissa Fortin, candidate au M. Sc.

En 1993, le lieutenant-général Roméo Dallaire est affecté à une mission de maintien de la paix au Rwanda à titre de commandant en chef pour l'Organisation des Nations unies (ONU). Lors de cette mission, il est un témoin impuissant du génocide qui s'y déroule en 1994 et qui a fait plus de 800 000 morts en 100 jours. Durement éprouvé par cette expérience, le lieutenant-général revient au pays en 1994, atteint d'un état de stress post-traumatique (ESPT). Ce n'est qu'en 1997 qu'il dévoile publiquement être touché par cette maladie qui le plonge dans une profonde dépression et qui le pousse à tenter de se suicider à plusieurs reprises. Néanmoins, il demeure au sein des Forces armées canadiennes dans lesquelles il gravit les échelons et accumule les honneurs. En avril 2000, Roméo Dallaire est libéré des Forces canadiennes pour des raisons de santé, ce qui lui permet de se dévouer aux différentes causes qui lui tiennent à cœur et d'écrire deux livres. De 2005 à 2014, l'ex-lieutenant-général siège au Sénat du Canada, poste duquel il démissionne, notamment



pour se consacrer au développement des connaissances sur l'ESPT et à la lutte contre le phénomène des enfants soldats en zone de guerre.

Humanitaire dévoué, Roméo Dallaire crée la Fondation Roméo Dallaire Initiative Enfants Soldats, un partenariat international qui lutte pour éliminer le recrutement et l'utilisation d'enfants soldats. De plus, considérablement affecté par sa mission au Rwanda, Roméo Dallaire entreprend de sensibiliser

les autorités aux problèmes psychologiques vécus par les vétérans et de soutenir les militaires souffrant d'un ESPT. Sa fonction de président du sous-comité des Anciens Combattants le tient impliqué quant au sort des soldats après un passage en zone de guerre. En mai 2013, l'ex-lieutenant-général Roméo Dallaire est nommé président d'honneur de l'organisme à but non lucratif *Wounded Warriors Canada* qui vient en aide aux membres des Forces armées canadiennes blessés en mission. L'objectif principal de cet organisme est la santé mentale des soldats, dont les répercussions de l'ESPT reliées au stress opérationnel. À titre de président d'honneur national, Roméo Dallaire a pour mission de sensibiliser la population à l'égard des lourdes retombées de l'ESPT sur les soldats et leur famille. Ainsi, l'ex-lieutenant-général donne de nombreuses conférences aux quatre coins du monde pour informer et sensibiliser les gens à la réalité des vétérans et au phénomène des enfants soldats. 🇨🇦

**VISAGE**  
Violence Au travail selon le Sexe et le Genre



## Participez à notre 1<sup>er</sup> Colloque sur la violence au travail

L'équipe de recherche VISAGE du Centre d'étude sur le trauma a le plaisir de vous inviter à son 1<sup>er</sup> Colloque sur la violence en milieu de travail. Cet événement sera particulièrement pertinent pour les universitaires, les organisations, les décideurs, les praticiens et les étudiants qui voudront échanger leurs connaissances sur la violence en milieu de travail et le genre.

L'événement se tiendra le jeudi 8 octobre 2015  
à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Pour vous inscrire :

[iusmm.ca/evenements/colloque/2015/colloque-violence-en-milieu-de-travail.html](http://iusmm.ca/evenements/colloque/2015/colloque-violence-en-milieu-de-travail.html)