

- frilosité ou bouffées de chaleur,
- exacerbation des problèmes allergiques;
 - éruptions cutanées,
 - perte des cheveux,
- problèmes digestifs;
 - baisse de l'appétit,
 - diarrhée,
 - constipation,
 - "maux de coeur",
- tremblements,
- douleurs dans la poitrine (il faut toutefois toujours éliminer un problème d'origine cardiaque).
 - haute tension artérielle,
- changement dans les habitudes sexuelles;
 - augmentation ou diminution de la libido,
 - absence d'orgasme.

Ces réactions physiologiques, si elles peuvent paraître inquiétantes, sont généralement d'assez courte durée et ne nécessitent en général pas l'intervention d'un médecin. Il importe toutefois de ne pas négliger certaines conditions qui doivent être contrôlées de près par un professionnel de la santé (haute pression, diabète débalancé, douleurs à la poitrine d'origine cardiaque, etc.).

2. Réactions cognitives

Si certaines personnes ressentent des symptômes d'ordre franchement physiologique, d'autres font face à des problèmes qui se manifestent plutôt au niveau mental ou intellectuel.

Ces manifestations se comprennent bien si on conçoit le cerveau comme un ordinateur dont la capacité à absorber des données est, par conséquent, limitée. Cette vue simpliste du cerveau et de son fonctionnement ne tient peut-être pas compte de la complexité de cet organe chez l'humain, mais elle nous permet de comprendre les effets du surcroît de stimuli vécus par les victimes de catastrophes et du personnel opérationnel dépêché sur les lieux.

Chez ces personnes, les symptômes les plus fréquents sont:

- difficulté de la mémoire,
- difficulté dans le processus mental qui peut aller jusqu'à la confusion,
- difficulté à établir des priorités, à prendre des décisions,
- diminution de la confiance en soi, en sa capacité de jugement et de décision,
- diminution de l'attention/concentration,
- diminution de la créativité,
- difficulté d'élocution,
- pensées répétitives,
- les victimes (ou secouristes) revivent de façon répétée, et parfois plusieurs fois par jour, une scène, ou même une seule image, un son, etc., du drame. Ces images intrusives peuvent prendre parfois une allure dramatique et être cause d'inquiétudes marquées, tel ce pompier qui après un sauvetage particulièrement pénible revoyait sans cesse dans sa soupe, le visage d'une jeune victime. Ce phénomène ne signifie en rien un début d'aliénation mentale et ceux qui en sont victimes doivent être rassurés. Elles se feront de plus en plus rares avec le passage du temps et disparaîtront d'autant plus facilement et rapidement qu'on ne tentera pas de les éviter.

- perte d'objectivité,
- ce point est particulièrement important à signaler. L'incident prend une telle place dans la vie de la victime (ou du secouriste), qu'il peut être nécessaire que plusieurs journées "normales" s'écoulent avant que les éléments de la vie puissent reprendre des proportions normales - il est donc extrêmement important de ne pas prendre de décisions irréversibles durant cette période d'objectivité ébranlée. Il est évident que tous ces symptômes cognitifs peuvent nuire énormément au travail, mais il importe de savoir qu'ils sont généralement de courte durée, qu'ils sont aggravés par des efforts trop soutenus pour en venir à bout, et que par contre, ils rentrent généralement assez rapidement dans l'ordre avec le passage du temps et le repos adéquat.

Coté personnel opérationnel, l'expérience militaire montre que les erreurs de jugement sont plus fréquentes et moins rapides à venir que la baisse de la capacité physique, suite à un manque de sommeil, par exemple.

3. Réactions psycho-émotionnelles

Au début de l'incident et pendant un temps plus ou moins long, selon les personnes, subsiste une réaction quasi universelle:

- d'étonnement,
- d'incrédulité,
- d'engourdissement émotionnel.

Certains décrivent cette période comme une impression de rêve, "je le voyais, mais je ne le croyais pas", ou, "je savais que c'était vrai, mais je ne sentais rien".

Par la suite, toute une gamme d'émotions peut être ressentie par les victimes (et même les secouristes) de ces catastrophes, parfois en succession mais aussi en combinaison, ce qui a pour effet de créer à certains moments énormément d'ambivalence dans les sentiments et aussi énormément d'inquiétude.

Ces symptômes sont toutefois, eux aussi, généralement de courte durée et rentreront d'autant plus facilement dans l'ordre, qu'ils ont été explorés et précisés tôt après l'incident.

Les plus fréquentes de ces réactions sont les suivantes:

Peur,

- parfois suivie de phobies,

Vulnérabilité,

- sentiment d'autant plus pénible que la personne n'en avait pas pris conscience antérieurement.

Impuissance,

- dans notre société où on a tendance à croire en la toute puissance de la technologie, ce sentiment est parfois difficile à vivre. Un entraînement méthodique préalable à des techniques simples et facilement applicables même en situation de stress, pourra contrecarrer en grande partie ce sentiment pénible durant les opérations de secours.

Tristesse pour les personnes décédées, deuil des biens matériels détruits, mais aussi pour les valeurs/illusions perdues.

- Il importe ici de signaler qu'il est extrêmement important de permettre aux victimes de ces drames, de vivre une

période de deuil pour les pertes "idéologiques" au même titre que pour les personnes chères décédées. C'est ce deuil qui va permettre un ajustement à la nouvelle réalité et une réorganisation fonctionnelle de la vie future, et qui va permettre au personnel opérationnel de réajuster son idéal en tenant compte des nouvelles réalités auxquelles il a dû faire face.

Dépression,

- l'assaut émotionnel explique bien cette dépression, mais il ne faudrait pas pour autant perdre de vue la fatigue extrême du corps qui joue ici un rôle important; cet état dépressif disparaît en effet très fréquemment après une période de repos adéquate.

Solitude,

- ce sentiment en étonne plusieurs, car le drame étant collectif, on ne s'attend pas à se sentir seul - pourtant, chacun le vit à sa façon, un peu différente de celle du voisin. Les réactions de survie, contribuent probablement aussi à ce sentiment de solitude.

Stabilité émotionnelle/difficulté à contrôler ses émotions,

- les victimes se sentent comme sur une balançoire d'enfant, leurs émotions passant sans avertissement de haut en bas et vice-versa et ce, sans qu'elles semblent avoir quelque contrôle que ce soit, et très fréquemment sans raison apparente. Cet état de déséquilibre émotionnel rejoint la grande fatigue et l'équilibre précaire corporel et, comme ceux-ci, rentre généralement dans l'ordre après quelques jours.

Irritabilité,

- pouvant aller jusqu'à la colère et même la rage; "tous les nerfs sont à fleur de peau" et la colère est facile à se manifester même chez des personnes antérieurement très calmes. Cette colère peut avoir ou ne pas avoir d'objet indentifié, mais elle est à peu près universelle et se retrouve même dans les catastrophes naturelles. Il importe de rassurer les victimes qu'elle est normale, et qu'entre l'émotion et le passage à l'acte, il y a un grand pas que peu franchissent. (Certaines vivent en effet un sentiment de rage qui leur fait craindre des gestes violents etc.). Le fait de pouvoir exprimer ces sentiments permet, dans la majorité de cas, de désamorcer sans problèmes, cette colère.

A ce chapitre, il faut à tout prix, éviter de permettre aux personnes qui auraient tendance à utiliser ce mécanisme de défense, de remplacer certains sentiments pénibles par d'autres qui leur sont plus "acceptables" (tristesse remplacée par la colère, chez l'homme, par exemple; ce genre de substitution se voit fréquemment; colère remplacée par un sentiment d'impuissance, chez la femme, etc.). Ces sentiments doivent être explorés et compris afin de pouvoir les liquider, mais aussi, afin d'éviter qu'ils ne soient déversés sur des cibles innocentes (familles, employeurs, employés, etc.), et aussi, afin que les revendications justifiées puissent être examinées objectivement.

Anxiété,

- bien que ce sentiment soit souvent rapporté, nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'un véritable sentiment. Les traités psychiatriques qualifient souvent l'anxiété de "peur sans objet". Nous croyons plutôt qu'il s'agit de peur (ou tout autre sentiment) qui a oublié son objet à force d'être refoulé.

Nous comparons dans nos exposés, le phénomène de l'anxiété à l'action d'un cuiseur à vapeur. On enfonce dans le cuiseur des légumes, on ferme le couvercle, et au lieu de desserrer la soupape pour laisser sortir la vapeur au fur et à mesure, on serre de plus en plus fort, et on s'étonne de retrouver des légumes au plafond! Si on laisse les légumes assez longtemps dans le cuiseur, sans y regarder de temps en temps, tôt ou tard, on aura une bouillie où il est impossible de distinguer les carottes des navets et des haricots. Nous croyons donc qu'une intervention qui permet d'explorer les émotions vécues et de les bien identifier, saura diminuer de façon considérable ces symptômes d'anxiété.

Troubles du sommeil,

- pour comprendre les troubles du sommeil présentés par les victimes de catastrophes, les cauchemars en particulier, il importe de réaliser que le sommeil ne représente pas une période d'inconscience sans aucun lien avec la vie éveillée. Il s'agit plutôt d'une suite nocturne à la vie diurne durant laquelle nous suspendons nos activités et où les inhibitions sont plus ou moins élevées. Durant cette période de sommeil, de nombreux sentiments, que le bourdonnement du travail a permis de refouler, refont surface sous forme de rêves et plus particulièrement de cauchemars. Nous croyons que ce travail émotionnel est extrêmement sain, même s'il est parfois désagréable, et qu'il permet souvent de prendre contact avec des émotions ignorées durant le jour. A ce titre, ces rêves, qui peuvent accélérer le processus de résolution des traumatismes psychologiques vécus par les victimes de catastrophes, ne doivent pas être entravés. Les somnifères devraient donc être utilisés avec beaucoup de circonspection,

de même que les tranquillisants et l'alcool ou autres drogues qui jouent un rôle analogue durant le jour.

Suite à cet exposé des symptômes retrouvés généralement chez les victimes de catastrophes, et si l'on en comprend l'origine dans les réactions au stress, on ne s'étonne plus de retrouver ces mêmes réactions chez les secouristes. L'assaut subi par les équipes de secours amenées sur les lieux de dévastation que représente le site d'un écrasement d'avion, d'un tremblement de terre, d'un accident ferroviaire; la fatigue accumulée dans les efforts de sauvetage, les stimuli lumineux, sonores, olfactifs; le froid, la chaleur sont tous stressseurs extrêmement puissants qui taxent l'être humain au plus haut point. Ces secouristes, devant tant de destruction, ne peuvent éviter de faire face à leur propre vulnérabilité. Par définition, une situation de désastre taxe les ressources habituellement disponibles au maximum. Vu sous cet angle, et sur ce point les spécialistes interrogés sont unanimes, les équipes de secours qui travaillent sur les lieux d'un désastre, ont des réactions psychologiques qui ressemblent en tout point à celles des victimes. Plusieurs chercheurs en ce domaine ne font pas de différence entre les deux groupes. Si ce n'est de considérer les secouristes comme des victimes indirectes de l'incident.

Nous avons vu ailleurs, que le contraire est aussi fréquemment vrai, par exemple, dans le cas des agents de bord qui doivent assurer l'évacuation de leur avion lors d'un écrasement. On sait d'ailleurs, que quelque soit la nature du désastre, jusqu'à 75% des victimes non blessées seront actives dans les opérations de sauvetage, 30 minutes après l'accident. Comment différencier entre victimes et non-victimes sur le site d'un tremblement de terre auquel répondent les services de pompiers, de police, etc. avec ce qui leur reste d'équipement une fois la secousse terminée? Les pompiers bénévoles qui luttent pour empêcher le feu de brousse d'anéantir leur village sont-ils moins victimes que le père de famille qui arrose le domicile familial? Combien de fois des "secouristes" se retrouvent-ils victimes de la même situation que celle dont ils tentaient de secourir les victimes premières?

Il nous semble qu'on doive considérer comme victime d'une catastrophe, toute personne qui est affectée physiquement et/ou psychologiquement par l'évènement. Les réactions varient suivant la façon dont l'incident a eu cet effet, mais l'approche thérapeutique après le fait demeure globalement la même.

Nous utiliserons l'incident de l'Assemblée nationale pour illustrer notre point.

DESCRIPTION DES SESSIONS TENUES A L'ASSEMBLEE NATIONALE

Les sessions ont eu lieu du 14 au 18 mai, 1984.

La première session était réservée aux cadres. Il nous est apparu souhaitable en effet, de réunir ensemble, dès le début, les différents responsables afin de pouvoir les inclure dans le processus de détection des symptômes prémonitoires que pouvaient présenter leurs employés. Et cette intervention a nettement porté fruits; car tout au long de la semaine, ils ont été en mesure de nous signaler des signes ou des comportements qui nous ont permis d'intervenir de façon plus adéquate auprès de leurs employés.

Les sessions régulières auprès des employés ont été au nombre de sept. Chaque session régulière a duré environ quatre heures. La fin des sessions n'était pas fixée de façon spécifique afin de permettre à tous de vivre ces interventions à leur propre rythme et de clore la séance lorsque le moment en semblait le plus propice.

Dans un premier temps, les participants ont relaté, chacun à leur tour, les événements tels qu'ils les avaient vécus. Nous les avons encouragés à explorer leurs sentiments et les avons aidés à les préciser. Enfin, ils ont décrit les problèmes qu'ils présentaient depuis la fusillade.

Près de 200 employés de l'Assemblée Nationale se sont présentés à ces sessions. Les groupes ont été limités à trente personnes de façon à permettre à tous ceux qui le désiraient de participer activement. Il

était en effet entendu que nul n'était obligé de parler. Seulement trois personnes ont opté pour le silence. Toutes les autres ont été très volubiles et ont montré énormément d'ouverture et de courage à explorer leur vécu.

En gros, on peut diviser ces victimes en deux groupes: Celles qui ont été en contact avec le tueur et celles qui ont vécu le drame sans contact direct.

Il semble toutefois que les problèmes vécus par l'un et l'autre groupe soient assez semblables et que les victimes directes n'avaient pas été plus perturbées dans l'ensemble que les victimes indirectes. Ce qui a d'ailleurs amené de la part de celles-ci de nombreuses interrogations. Elles s'étonnaient et s'en voulaient parfois! d'avoir été aussi profondément atteintes alors qu'elles n'avaient eu aucun contact avec l'agresseur. Les longs moments d'anxiété vécus dans l'ignorance totale de l'endroit où se trouvait le tueur, qui par conséquent pouvait surgir à tout instant; la sensation d'être prisonnier d'un bureau qui n'offrait qu'une sécurité très relative; l'absence presque complète de connaissance des faits réels, expliquent pourtant très bien les réactions, car chez ces employés, les vides laissés par une connaissance très limitée et parfois très contradictoire des faits ont été remplis par l'imagination qui a eu tôt fait de "voir le pire".

Les réactions émotionnelles les plus fréquemment rencontrées ont été les suivantes:

Tristesse,

- l'un des trois thèmes les plus fréquemment évoqués avaient pour objet la perte de la joie à venir au travail. Le sentiment exprimé était celui d'un viol; semblable à celui exprimé fréquemment par les victimes d'un cambriolage. En effet, bien au-delà des objets volés, le sentiment qu'un lieu sacro-saint a été violé, qu'un refuge a été détruit, est pénible à supporter. Il laisse souvent un sentiment d'insécurité important, mais aussi une tristesse parfois

très marquée. Et la violation du lieu de travail, avec tout ce qu'il offre d'objets et de visages familiers, peut entraîner des réactions semblables. Plusieurs ont aussi mentionné la perte de certaines illusions, de certaines valeurs qui leur étaient chères. En effet, à peu près tous s'enorgueillissaient de l'absence relative de violence au Québec et la perte de l'illusion que "ça ne peut arriver ici", les a remplis d'une tristesse profonde qui a été apparentée au deuil.

La tristesse avait évidemment aussi pour objet la mort des collègues de travail abattus par le tueur. Ici, tous les employés qui en ont parlé, ont été unanimes à dire à quel point ils avaient apprécié le fait de pouvoir assister aux funérailles. Certains ont même affirmé que "je n'aurais pas pu me rendre à l'évidence qu'il avait été tué, si je n'avais pu aller à ses funérailles".

Peur,

- la peur a tenu une place prépondérante tout au long des événements du 8 mai. Inutile d'insister sur la peur vécue par ceux qui ont été en contact direct avec le tueur. Peu de personnes ont nié avoir eu peur, si ce n'est le temps, plus ou moins long pour chacune, d'engourdissement initial retrouvé quasi universellement dans de telles circonstances.

Mais, il nous paraît important d'insister sur la détresse vécue par ceux qui ont vécu de longs moments d'attente enfermés dans leurs bureaux à tenter de remplir les trous laissés vacants par le manque de connaissance des faits réels. Nous avons vu antérieurement

que les réactions physiologiques et psychologiques face à un danger appréhendé peuvent être aussi intenses que devant un danger visible et concret; ce fait s'est vérifié abondamment dans les propos des victimes des événements à l'Assemblée nationale.

Insécurité/phobie,

- Les événements du 8 mai ont laissé sur leur passage un sentiment quasi général d'insécurité. Ce sentiment s'estompe avec le temps et plus les jours passent sans nouvel incident, plus chacun reprend peu à peu confiance. Certains ont toutefois manifesté des craintes face à leur comportement phobique; évitement de la porte emprunté par le tueur fou par exemple. Nous leur avons expliqué le phénomène et les avons rassuré de la durée habituellement limitée de ces réactions, tout en les encourageant à faire face le plus tôt possible, de préférence avec le support d'une personne significative, aux objets de leur crainte. Plusieurs ont rapporté un succès immédiat à leur première tentative après leur session.

Vulnérabilité,

- pour plusieurs, les plus jeunes en particulier, ces événements ont fait vivre un sentiment jusqu'alors inconnu; la vulnérabilité. Plusieurs ont dit en avoir été profondément changés et "voir maintenant la vie différemment".

Impuissance/culpabilité,

- plusieurs ont rapporté s'être senti terriblement impuissant, sentiment nouveau pour beaucoup, et particulièrement pénible. Ce sentiment s'est parfois accompagné de culpabilité, en particulier devant leur incapacité à porter secours aux blessés.

D'autres s'en voulaient d'avoir paniqué, d'avoir "mal réagi", etc. Nous les avons invités à être indulgents envers eux-mêmes et envers les autres. Il serait en effet trop facile de se blâmer à posteriori alors que la vie a repris son cours à peu près normal, que les stimuli intenses de la journée du drame n'ont plus cours, etc. Nous les avons enjointes de ne pas perdre de vue le contexte dans lequel ils essayaient d'évoluer. Il serait en effet très nuisible de se blâmer ou de jeter des blâmes sur d'autres, car ces actions ne peuvent qu'avoir des effets psychologiques négatifs. Il serait toutefois très sain de réviser pour l'avenir quand les blessures psychologiques auront guéri et que l'objectivité aura repris sa place normale, ces faits et gestes afin de prendre des mesures qui permettraient de pouvoir réagir mieux et de se sentir moins impuissants.

- Colère/irritabilité,

- le sentiment d'impuissance face aux difficultés de communications et d'évacuation vécu par certains, a cédé la place chez d'autres à une colère plus ou moins marquée. Nous avons laissé libre cours à cette colère comme à tout autre sentiment et avons tenté d'aider les participants à explorer et à préciser ce sentiment. Elle ne portait pas que sur les événements du jour du drame, mais se rapportait fréquemment à des circonstances du vécu quotidien en situation de travail, de famille et envers ses amis.

L'irritabilité rencontrée fréquemment dans les catastrophes étudiées antérieurement, se trouvait ici comme ailleurs. Comme nous l'avons expliqué antérieurement, il était ici important d'aider les participants à explorer leurs sentiments d'irritabilité ou de colère afin de bien en identifier l'origine pour pouvoir, s'il y a lieu, l'éviter; l'exprimer

de façon satisfaisante; chercher des correctifs en temps et lieu lorsque cette démarche pouvait être appropriée; et surtout pour éviter les torts qui pourraient être causés si la cible de cette colère était déplacée de façon inappropriée ou si elle servait à camoufler un autre sentiment plus pénible (tristesse, deuil, etc.). Nous avons encouragé les victimes à exprimer lorsqu'approprié, la difficulté que pouvait leur créer leurs gestes ou propos, et beaucoup se sont montrés soulagés par cette reprise partielle de contrôle sur une situation - difficile qui se doublait souvent d'un sentiment important d'impuissance, ce qui venait augmenter leur détresse.

Stabilité émotionnelle/difficulté à contrôler ces émotions,

- à peu près tous les participants ont reçu avec beaucoup de soulagement la nouvelle que leur instabilité émotionnelle était tout à fait normale et transitoire. Plusieurs ont même confirmé qu'elle diminuait déjà. Le fait de reconnaître comme normal ce symptôme très fréquent a semblé amener un soulagement important chez bon nombre de victimes au cours même de la semaine d'intervention.

A peu près toutes les victimes de l'attentat du 8 mai ont ressenti des symptômes psychologiques. Mais, les symptômes d'ordre cognitif ont été eux aussi vécus à une très grande échelle. Plusieurs ont en effet rapporté des difficultés à organiser leur pensée, à établir des priorités, à planifier leur travail. Des messagers ont rapporté ne plus se rappeler, deux minutes après l'assignation d'un message, le destinataire de leur missive. Des secrétaires ne savaient pas "par quel bout commencer".

Un préposé à l'accueil répondait au téléphone et avait peine à écouter l'interlocuteur de façon continue. Quelques uns ont rapporté "s'enfarger sur les mots". Plusieurs revivaient de façon répétitive des images, des sons, ou même des odeurs de la journée du drame. Plusieurs se sont reconnus lorsque nous avons expliqué le sens de procrastiner. Enfin, à peu près tous

étaient conscients qu'au moment des sessions, ils n'avaient pas entièrement repris leur objectivité habituelle, que pour eux, c'était comme si un attentat comme celui-là se produisait tous les jours; d'ailleurs, un seul participant a mentionné le désir d'être muté, les autres préférant remettre à plus tard, une décision qu'ils disaient pouvoir regretter.

Les réactions psychologiques ont, elles aussi, trouvé preneur et à peu près toute la gamme des réactions décrites au chapitre didactique s'est retrouvée parmi les victimes du 8 mai, 1984. Les réactions les plus fréquemment évoquées ont été les perturbations du sommeil, la fatigabilité, la diminution d'énergie. Les douleurs musculaires et les céphalées étaient aussi assez fréquentes et certains se sont plaints de problèmes digestifs.

Une participante ressentait depuis plusieurs jours une douleur dans la poitrine, qui a disparu durant la session, alors qu'elle a réussi à pleurer pour la première fois depuis le drame.

Une autre participante s'inquiétait de troubles menstruels alors qu'un participant craignait de se retrouver chauve en plus des blessures physiques dont il devait récupérer. Nous les avons rassurés!

Personne n'a mentionné de problèmes sexuels, mais nous avons cru déceler quelques signes de soulagement lorsque nous avons expliqué l'origine des perturbations sexuelles assez fréquemment rencontrées.

Fait à noter, certains participants à ces sessions n'étaient pas au travail ce jour-là ou travaillaient dans un autre édifice, mais ont désiré participer parce qu'ils s'étaient senti perturbés par les événements.

La fusillade du 8 mai à l'Assemblée nationale a eu, tel que prévu, un impact psychologique important sur les employés.

Les symptômes, qu'ils soient émotionnels, cognitifs ou physiologiques, présentés par bon nombre d'entre eux, rejoignaient ceux que les chercheurs dans ce domaine ont décrits à la suite d'autres drames collectifs, qu'ils soient d'origine naturelle ou technologique, que la violence d'origine humaine y soit présente ou absente.

Une forte proportion de ces victimes (près de 200) se sont prévaluées des sessions d'intervention organisées à leur intention.

Tous les participants ont fait montre de beaucoup d'ouverture et de courage à explorer leurs sentiments lors de ces sessions, et il semble que pour la plupart d'entre eux, ces interventions ont eu des effets rapidement bénéfiques.

En effet, si quelques-uns ont rapporté une certaine exacerbation de leurs symptômes dans les 24 à 48 heures suivant les séances, aucun n'a semblé s'en inquiéter outre mesure. Nous leur avons en effet expliqué que ce phénomène était fréquent et qu'il représentait généralement un "recul pour mieux s'élaner vers l'avant".

Une très faible proportion de victimes (3 ou 4 seulement) a dû être dirigée vers des professionnels de la santé pour un suivi plus intense. Ces victimes avaient toutefois un passé antérieur psychiatrique ou éprouvaient au moment du drame des difficultés psychologiques autres (problèmes familiaux, etc).

Nous nous enquerrons régulièrement de l'évolution de toutes les victimes de l'attentat et nous croyons qu'il serait bon de prévoir un suivi après *deux semaines, un mois, trois mois, six mois et un an. Ce suivi pourrait prendre la forme d'une rencontre avec les cadres et d'une rencontre avec les participants qui le désireraient afin de recevoir leurs commentaires et leurs questions au sujet de leur évolution.

Tout comme les blessures physiques, les blessures psychologiques ont besoin pour guérir:

1. De premiers soins rapides et efficaces;
2. De soins professionnels attentifs;
3. D'un temps de convalescence adéquat.

*(N.B. Ce suivi a été effectué, et les résultats semblent extrêmement positifs).

Comme dans le cas de blessures physiques, certaines blessures psychologiques peuvent laisser des séquelles dont les meilleurs soins ne sauraient venir à bout (santé antérieure déjà atteinte, blessures qui dépassent les limites de la technologie médicale actuelle, etc.), et dans un tel cas, un travail mieux adapté aux capacités de l'individu devra être envisagé.

Il est actuellement beaucoup trop tôt pour tirer des conclusions quant aux résultats définitifs des interventions pratiquées auprès des victimes de l'attentat du 8 mai à l'Assemblée nationale, mais nous pouvons d'ores et déjà affirmer que la vitesse avec laquelle l'employeur a permis d'organiser ces sessions a eu un effet extrêmement bénéfique sur l'efficacité des interventions. Lorsque nous avons quitté Québec, à la fin de la semaine, la plupart des victimes semblaient en très bonne voie de "guérison".

La comparaison des deux sinistres étudiés, carambolage à Sainte-Madeleine et Fusillade à l'Assemblée nationale, nous permet donc de constater que les symptômes vécus par les membres du personnel opérationnel sur les lieux du premier désastre, sont les mêmes que ceux vécus par les victimes du deuxième de ces drames collectifs. Nous avons décrit en détail, les symptômes principaux présentés par les victimes du 8 mai, mais les participants au "debriefing" du premier désastre, sont les mêmes que ceux vécus par les victimes du 8 mai à Québec.

La fusillade à l'Assemblée nationale du Québec offrait une occasion unique et je suis reconnaissante au Gouvernement du Québec et aux participants, de m'avoir permis d'utiliser à ma discrétion, les données précieuses qui ont émané de ces interventions. En effet, les interventions psychologiques pratiquées, à la suite de la fusillade du 8 mai, représentent un précédent en Amérique du Nord; jamais, jusqu'à ce jour, une intervention de ce genre n'avait été pratiquée sur un aussi grand groupe (200 personnes). De plus, ces personnes appartenant toutes à un groupe homogène facilement contactable au même endroit, il nous sera facile d'effectuer un suivi généralement très difficile à réaliser.

CONCLUSION

Les recherches entreprises dans ce contrat nous ont permis d'arriver aux conclusions suivantes:

1. Les effets psychologiques des situations de désastres sur les victimes de ces événements ont été étudiés depuis les années '70, et des méthodes d'interventions ont été mises au point.
2. Cependant ces connaissances ont été, à ce jour, exploitées très inégalement.
3. De plus en plus de plans de désastre comprennent un plan d'intervention psychologique auprès des victimes, mais il ne s'agit pas, loin de là, d'une situation universelle.
4. Quant aux membres des équipes de secours, ce n'est que très récemment qu'on a commencé à reconnaître leurs besoins psychologiques.
5. Moins de vingt articles ont été trouvés. qui traitent des problèmes psychologiques du personnel opérationnel et plus des deux tiers s'adressent au personnel intra-hospitalier et/ou au personnel d'intervention psycho-sociale. A peine 7 ou 8 articles ont pour objet principal, les réactions psychologiques des secouristes sur les lieux-mêmes du sinistre, et ceux-ci ont été écrits dans les quatre dernières années.
6. Nos rencontres multiples, tant au cours de cette recherche que dans nos huit dernières années de pratique de la médecine d'urgence extra-hospitalière, avec des spécialistes de toutes les disciplines de l'urgence (pompiers, policiers, ambulanciers, etc.), nous permettent toutefois d'affirmer que le personnel opérationnel est lui aussi la cible d'effets psychologiques importants, tant sur les lieux du désastre, qu'à plus long terme.

7. Jusqu'à maintenant peu d'attention a été apportée à ces effets psychologiques qui affectent le rendement et la qualité des services offerts, et laissent parfois des séquelles marquées. Une méthode de "debriefing" psychologique a été mise sur pied et est maintenant de plus en plus utilisée, tant chez les victimes que chez les secouristes. Cette méthode semble être extrêmement valable mais, seule une utilisation plus fréquente et un recul suffisant, pourront nous permettre de l'évaluer convenablement.
8. D'autre part, cette méthode n'est applicable qu'après le fait. Nous avons besoin de méthodes qui permettraient de prévenir, ou du moins d'amenuiser, les problèmes psychologiques avant le fait - en particulier lors de la formation des intervenants.
9. Nous croyons en effet, que les effets psychologiques vécus par le personnel opérationnel sur les lieux d'un désastre, sont des réactions de stress qui ressemblent de ce fait, aux réactions des victimes elles-mêmes et qui ne diffèrent des réactions de stress cumulatif ou "burn out", que par la rapidité d'installation des symptômes. Ceci demeure toutefois à prouver.

RECOMMANDATIONS

1. La méthode de debriefing psychologique décrite dans ce rapport nous apparaît très prometteuse. Nous croyons qu'elle devrait être utilisée et étudiée de plus près lors de toute situation de désastre qui pourrait survenir au pays.
2. Cette méthode n'étant toutefois utile qu'à posteriori, il faudrait chercher des modes d'intervention susceptibles de mieux préparer le personnel opérationnel aux émotions troublantes qu'engendre un désastre. Nous étudions actuellement un programme de formation du personnel ambulancier qui leur permette de faire face plus adéquatement aux problèmes psychologique causés quotidiennement par leur travail.

Nous croyons que ce programme pourrait être adapté aux besoins de formation du personnel opérationnel en situation de désastre.

3. Il faudrait aussi approfondir l'étude des symptômes retrouvés chez les intervenants sur les lieux d'une catastrophe afin de pouvoir confirmer, si c'est le cas, l'universalité des symptômes décrits dans ce rapport, ou dans le cas contraire se faire une idée plus juste des symptômes à prévenir et/ou à contrecarrer.

Nous croyons qu'une étude rétrospective, faite à l'aide d'entrevues et d'un questionnaire bien structuré d'un nombre suffisamment élevé d'intervenants ayant participé aux opérations d'un échantillonnage bien diversifié de désastres antérieurs, nous permettrait, de pair avec l'étude sur le terrain proposé en 3., de trouver les réponses aux questions engendrées par la présente étude.

4. Armés de ces réponses et de celles apportées par l'étude mentionnée en 2., je crois qu'il nous serait possible de mettre au point des méthodes susceptibles de mieux préparer les intervenants en incluant dans leur programme de formation un entraînement psychologique leur permettant de faire face aux situations de désastre avec le maximum d'efficacité et le minimum de problèmes psychologiques.

ANNEXE 1

VISITES EFFECTUEES

Ces visites ont été effectuées entre janvier et juin 1984.

Région: Baltimore - Baltimore

Docteur Jeffrey T. Mitchell PhD, psychologie

- Discussion de la méthode de debriefing psychologique et analyse de cas récents.

Maryland Institute for Emergency Medical Services Systems ("Shock Trauma").

- Rencontres avec de multiples intervenants, médecins, infirmières, paramedics, policiers, travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres. Analyse du stress vécu par ces intervenants qui travaillent en situation de crise continue.

Recherche bibliographique à la bibliothèque du National Institute of Mental Health.

Recherche bibliographique à la bibliothèque du Federal Emergency Management Agency.

Rencontre avec intervenants sur le site de l'écrasement du vol "Palm" 90, en particulier John Hess, Instructeur, Planification de désastre au Maryland Fire and Rescue Institute.

Floride

Rencontre avec madame Cynthia Rhodes, travailleuse sociale hôtesse de l'air qui travaille auprès du personnel de bord d'avions victimes d'accident.

Congrès de l'American College of Emergency Physicians, Section Floride.

- Rencontres de multiples intervenants sur les lieux de désastres récents dont bon nombre détenait un poste de commande.

Los Angeles, Ca
Phoenix, Az

A Los Angeles, en Californie, rencontre de madame Nancy K. Graham, travailleuse sociale psychotraumatologue.

A Los Angeles aussi, rencontre de madame Margaret Ann Kilpatrick qui oeuvre auprès du personnel de bord de compagnies aériennes.

- Madame Kilpatrick est l'auteur de "The Invisible Injury".

A Phoenix en Arizona, nous avons rencontré l'adjoint au directeur du Service d'incendie chargé de la recherche en planification de désastre, monsieur J. Gordon Routley.

De retour à Los Angeles, nous avons rencontré le docteur William Koenig, directeur du Paramedic Training Institute et madame Lili Grant directrice de l'enseignement à cette institution. Los Angeles compte au delà de 1000 paramedics actifs.

ANNEXE 2

Symptômes les plus fréquemment rencontrés en situation de désastre.

Symptômes psychologiques

- baisse d'énergie/fatigabilité
- sensation d'ébullition
- baisse de l'immunité
- douleurs musculaires
- maux de tête

- perturbations endocriniennes
- problèmes menstruels
- exacerbation de problèmes thyroïdiens, du diabète
- frilosité, bouffée de chaleur

- exacerbation de problèmes allergique
- éruptions cutanées
- pertes de cheveux

- problèmes digestifs
- baisse de l'appétit
- diarrhée
- constipation
- "maux de coeur"

- tremblements
- douleurs dans la poitrine
- haute pression

- changements dans habitudes sexuelles
- augmentation ou diminution de la libido
- absence d'orgasme

Symptômes cognitifs

- difficulté de la mémoire
- difficulté de processus mental
- difficulté à établir des priorités
- diminution de la créativité
- difficulté d'élocution
- pensées répétitives
- perte d'objectivité
- diminution de l'attention/concentration

Symptômes psychologiques

- étonnement
- incrédulité
- engourdissement
- peur
- vulnérabilité
- impuissance
- tristesse
- dépression
- solitude
- stabilité émotionnelle/difficulté à contrôler ses émotions
- irritabilité
- anxiété
- troubles de sommeil

BIBLIOGRAPHIE

1. The Invisible Injury. Margaret Ann Kilpatrick
MSW, March 1983.
2. "Recovery from Rescue". Jeffrey T. Mitchell, in
Response, Fall, 1982.
3. "Disaster: The Helper's Perspective". Beverley
Raphael, Bruce Singh and Lesley Bradbury, in The
Medical Journal of Australia, Vol 2, October,
1980.
4. "Done in, Fed up, Burned out". Nancy K. Graham, in
Journal of Emergency Medical Services, January,
1981.
5. "Behavioural Observations on the Granville Train
Disaster". Bruce Boman, in Social Science and
Medicine, 13(4): 463-471, 1979.
6. "Studies in the Aftermath". Myron Benton, in Human
Behaviour 4(5): 56-65, 1975.
7. Community in Disaster. William H. Form and Sigmund
Nosow. Harper & Brothers, 1958.
8. Natural Hazards in Australia. Patricia Short.
Australian Academy of Science, 1979.
9. "Social-Psychological Functions of Ephemeral Roles:
A Disaster Work Crew". Louis A. Zurcher, in Human
Organization 27(4): 281-297, 1968
10. "Crisis Intervention: The Ice Cream Parlor
Disaster". John B. Baren, in HJ Parad, HLP Resnic
and Libbie P. Parad, Emergency and Disaster Manage-
ment: A Mental Health Source Book, The Charles Press
Publishers Inc, 1976.
11. "The Role of Crisis Intervention in an Airport
Disaster Plan". JN Butcher, in Aviation, Space and
Environmental Medicine 51(11): 1260-1262, 1980.
12. "Emergency Mental Health Services During and After
a Major Aircraft Accident". John C. Duffy, in
Disaster 2(213): 159-162, 1978.

BIBLIOGRAPHIE

-2ième page-

13. "Current Thinking about Crisis or Psychological Intervention in United States Disaster". Calvin J. Frederick, in Mass Emergencies 2(1): 43-50, 1977.
14. Survivors: Outreach to a Reluctant Population". JD Lindy, Orthopsychiatry 51(3): 468-478, 1981.
15. A Primary Prevention Action Program: Psychiatric Involvement Following a Major Rail Disaster". Beverley Raphael, in Omega 10(3): 211-226, 1979-80.
16. "Realism in Disaster Exercises - A True Challenge"! Ralphe P. Campanele, in Military Medicine 128: 418-427, 1963.
17. "Mental Health Promotion and the Media: Community Response to the Kansas City Hotel Disaster". Richard Gist and Stephanie B. Stolz, in American Psychologist 37(10): 1136-1139, 1982.
18. "Planning for Disaster: A New Community Outreach Program for Mental Health Centers". Don M. Hartsough, in Journal of Community Psychology 10(3): 255-264, 1982.
19. "Disaster Planning for Psychiatric Casualties for General Hospitals with Psychiatric Services". Russell D. Martin, in Military Medicine 145(2): 11-113, 1980.
20. Prehospital Emergency Care and Crisis Intervention. Brent Q. Hafen and Keith J. Karren, Morton Publishing, 2nd ed., pp 533-536 and 554.