

Psy des villes, psy des champs : quelles différences ? Urban or rural psychiatric practice: Any differences?

Élise St-André

Volume 37, numéro 1, printemps 2012

Santé mentale au coeur de la ville II

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1012645ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1012645ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

St-André, É. (2012). Psy des villes, psy des champs : quelles différences ? *Santé mentale au Québec*, 37(1), 79–92. <https://doi.org/10.7202/1012645ar>

Résumé de l'article

Dans cette réflexion, l'auteure parle dans un premier temps de sa pratique psychiatrique actuelle dans une clinique externe de psychiatrie urbaine. Elle réfléchit sur le stress, dont souffrent de nombreux patients, et sur ses incidences sur les patients. Qu'est-ce que le stress ? Qu'est-ce que le stress posttraumatique ? Quelles sont les incidences ? Comment les patients s'y adaptent-ils ? Elle répond par des exemples cliniques. Dans la suite de sa réflexion, elle revient sur sa pratique psychiatrique rurale pour en dégager les différents aspects qui mettent en relief les différences entre la pratique psychiatrique urbaine et rurale.



Psy des villes, psy des champs : quelles différences ?

Élise St-André*

Dans cette réflexion, l'auteure parle dans un premier temps de sa pratique psychiatrique actuelle dans une clinique externe de psychiatrie urbaine. Elle réfléchit sur le stress, dont souffrent de nombreux patients, et sur ses incidences sur les patients. Qu'est-ce que le stress ? Qu'est-ce que le stress posttraumatique ? Quelles sont les incidences ? Comment les patients s'y adaptent-ils ? Elle répond par des exemples cliniques. Dans la suite de sa réflexion, elle revient sur sa pratique psychiatrique rurale pour en dégager les différents aspects qui mettent en relief les différences entre la pratique psychiatrique urbaine et rurale.

Spécifier la pratique dans une clinique externe de psychiatrie et en CLSC localisés en ville demande réflexion¹. Ces lieux de pratique de première et de deuxième ligne offrent des soins à de nombreuses personnes qui souffrent de troubles anxieux et dépressifs. Pour cette raison, mes propos seront étayés sur les notions de stress et de traumatisme pour spécifier une partie de cette pratique. Je préciserai les notions de stress et de traumatisme, et les caractéristiques et conséquences de cette expérience. J'aborderai ensuite les adaptations nécessaires pour y faire face. Je préciserai les différences des tissus sociaux urbains et non urbains qui influencent les rapports sociaux, avec quelques exemples cliniques. Suivront un regard comparatif des situations citadines et rurales, et une réflexion sur ce que nous pourrions faire de mieux...

Stress et stress post-traumatique

Le stress (syndrome général d'adaptation) a été introduit par Hans Selye vers 1956 à la suite d'observations sur le cycle « déséquilibre (dû à une agression) d'un organisme et retour à son équilibre ». Durant les années subséquentes (Selye, 1975 ; Lupien, 2010), les chercheurs ont étudié le stress chronique, les stressseurs extrêmes, et leurs diverses conséquences sur la santé physique. Que retenir de ces études ?

Le stress peut être qualifié de positif ou de négatif. L'intensité peut varier sur un continuum. À un extrême, on retrouve de petits stressseurs

* M.D., CHUM.

occasionnels, comme oublier ses clés ; à l'autre extrême, il y a les événements inattendus d'une grande intensité qui perdurent, comme les stressseurs majeurs, marquants, parfois répétés et mettant la vie ou l'intégrité de la personne en danger. Dans certains cas, ces événements peuvent être qualifiés de traumatique.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) prévoit que les traumatismes secondaires à des accidents seront la troisième cause d'invalidité dans le monde d'ici l'an 2020 — dans moins de 10 ans — alors que les conflits (guerres) en seront la huitième cause d'invalidité, et la violence la douzième cause (Collectif, 2006).

Les traumatismes sont une expérience humaine quasi inévitable, et nous savons que certaines conditions favorisent l'émergence d'un état de stress post traumatique : les âges extrêmes de la vie, les réactions traumatiques passées (entre autres reliées aux abus de l'enfance), les antécédents psychiatriques, la durée du trauma, les blessures. (McFarlane et Yehuda, 2007 ; Andermann, 2002 ; Brewin et al., 2000 ; McFarlane, 1989 ; North, 2003).

D'autres facteurs sont dits protecteurs : l'expérience spirituelle, une bonne estime de soi, un réseau de soutien adéquat, la capacité d'exprimer ses émotions, une personnalité qui s'adapte facilement, et l'absence de maladie psychiatrique préexistante (North, 2003).

Protecteurs aussi le fait de ne pas avoir de blessures ou de handicap post-événement, de ne pas connaître son agresseur, que le trauma soit courte durée, et l'absence d'éléments post traumatiques (par exemple une exposition au trauma dans les médias) (Servan Schreiber, 2006 ; Collimore et al., 2008).

La majorité des personnes exposées à un événement intense au point d'être traumatique s'en remet en général en quelques semaines, voire en quelques mois. Pour sa part, la personne en état de stress post traumatique ne fait pas toujours le lien entre un événement et sa condition altérée. Le symptôme principal que la personne éprouve dans cette condition est souvent une insomnie, entre autres pour cause de cauchemars. Le patient présente ce symptôme à traiter sans nécessairement faire le lien avec l'accident de voiture ou le décès subit d'un proche, vécu des mois auparavant. Il ne décrit pas nécessairement sa fatigue, sa tension musculaire, ses sursauts, qu'il attribue tout naturellement à l'insomnie, elle-même due aux cauchemars.

Conséquence plus grave, l'incapacité de travailler normalement en raison de la sévérité des symptômes a des conséquences économiques, parfois graves sur l'individu et sa famille (Collectif, 2006).

Le patient en souffrance chronique peut aussi se présenter comme un dépressif, un toxicomane, un patient souffrant de trouble obsessionnel compulsif, de pathologies secondaires ou de co-morbidités, auxquelles s'ajoutent encore les autres troubles anxieux et les troubles somatoformes et dissociatifs.

Prenons l'exemple de la tuerie survenue au collègue Dawson. Suivant cet épisode de violence, il y eut identification d'états de stress posttraumatique (ESPT), mais aussi de dépression majeure, d'éthylisme, de phobie sociale, d'idéation suicidaire et de tentative de suicide (Boyer et al., 2010). Toujours selon cette étude, la majorité des personnes affectées par les symptômes d'ESPT n'ont pas recherché ou n'ont pas obtenu l'aide nécessaire à leur état.

D'autres symptômes de stress post traumatique altèrent les émotions : l'impression de ne plus pouvoir avoir de sentiments, d'être « éteint », de ne plus avoir d'avenir. Le rapport des parents avec leurs enfants risque fort d'être modifié négativement, parfois de façon chronique, si ces derniers souffrent d'un état de stress post traumatique.

L'impact des rapports négatifs entre les parents et les enfants ne doit pas être pris à la légère. L'étude « ACE » (Adverse Childhood Experience, 1998) démontre que les expériences négatives de l'enfance (abus psychologique, physique et sexuel ; exposition à des abus de substances, à des comportements criminels, à des traitements violents et à la maladie mentale) sont fréquentes et associées à long terme à des comportements à risque pour la santé (tabagisme, obésité sévère, sédentarité, etc.). Plus est élevé le degré d'exposition aux abus ou au dysfonctionnement familial durant l'enfance, plus les événements négatifs infantiles deviendront à l'âge adulte des facteurs de risque pour plusieurs maladies : désordre cardiaque ischémique, le cancer, le désordre pulmonaire chronique, les fractures, le désordre hépatique... L'impact des expériences négatives de l'enfance sur la santé adulte est fort, intense et cumulatif (Felitti et al., 1998).

Enfin, la clinique permet d'observer que la famille et l'entourage de la personne atteinte souffrent déjà parfois depuis longtemps de la maladie du patient, lorsque ce dernier se décide à consulter (si jamais il se décide à le faire). La personne malade met en effet mal à l'aise, contamine parfois d'anxiété son entourage et fragilise cet espace social. Blessé, le patient est d'abord secouru par le groupe, pour ensuite être abandonné pour la survie du groupe. La vie reprenant son cours, on suggère au patient d'oublier, on lui laisse savoir qu'on ne comprend plus qu'après quelques mois, quelques années, que tout ne soit pas fini... Si

en plus le patient ajoute à ces problèmes l'injure de consulter un psychiatre, alors l'incompréhension devient totale !...

Enfin, la prévalence à vie de l'ESPT au Canada serait de 9.2 %, ce trouble se déclarant généralement entre le milieu et la fin de la vingtaine, davantage chez les femmes. (Collectif, 2006). On identifie certains facteurs de risque (sexe masculin, problèmes de conduite précoce, faible niveau d'éducation, extraversion, histoire familiale de désordre psychiatrique, problème de drogues et d'alcool) qui augmentent l'exposition aux événements traumatiques. La vulnérabilité à l'ESPT est plus grande chez la femme. Les autres facteurs étant la névrose, l'anxiété pré-morbide, une histoire familiale d'anxiété ou d'instabilité et de déviance, et une séparation précoce d'avec les parents (Breslau et al., 1991).

Illustrons par quelques exemples cliniques les précédents propos :

1. Isolement social, troubles relationnels, parentalité difficile : à l'époque de son accident, une personne blessée gravement sur une grande partie de son corps avait eu un enfant. De cet accident, les séquelles, non visibles — et pour lesquelles il fallait lutter pour en prouver l'existence — étaient d'importantes douleurs, et un état de stress post traumatique.

Deux ans et plus après l'accident, la personne avouait tristement qu'elle découvrait à peine son enfant, comme s'il venait de naître. Elle avait été affectivement absente de sa famille qui éprouvait dans son ensemble un grave problème d'intégration à la communauté. En effet, trop symptomatique, ne pouvant se trouver un emploi, le conjoint de la personne blessée présentait lui aussi un trouble anxieux sévère (mais n'avait, semble-t-il, pas reçu de services à ce sujet). Ce conjoint avait du supporter la personne souffrante, et élever pratiquement seul son enfant. Le couple avait très peu d'argent, des soucis économiques constants, ne pouvait sortir, se socialiser. Pour aggraver le tout, les traitements offerts à la personne ne fonctionnaient pas très bien, d'autant plus qu'elle n'aimait pas « les pilules », et qu'elle avait abandonné tout essai thérapeutique. Habitant loin, cette personne préférait — entre autres par souci d'économie — ne pas avoir recours à la psychothérapie pour éviter des déplacements coûteux.

2. Difficulté diagnostique, perte d'emploi, isolement. Un parent avait cessé de travailler depuis des années après le décès subit de son fils unique. Son monde s'était écroulé, et graduellement, les gens s'étaient éloignés de lui en raison de cette détresse, de cette douleur qui restait très vive. Traité pour dépression, le parent présentait encore pratiquement tous les symptômes d'un ESPT, même après 10 ans de traitement.

Il accepta finalement une psychothérapie brève ciblée sur le trauma, et put éprouver une amélioration notable malgré des symptômes résiduels. Il réussit à changer de milieu de vie, à délaisser un appartement où il vivait seul (dont une pièce entière contenait les effets de la personne défunte depuis des années) pour vivre dans un endroit où une vie communautaire active s'organisait. Il se remit à la recherche d'un emploi.

S'adapter... en ville

Nous sommes des animaux sociaux : nous avons besoin d'attachement, d'appartenir à un groupe, de trouver notre place parmi eux, pour que cela devienne « parmi nous ».

Les villes facilitent l'adaptation grâce aux diverses possibilités de rencontre qu'elles offrent dans les lieux de travail, des services (épicerie, pharmacie, bibliothèque, centre sportif, etc.), des centres de loisirs, des lieux de bénévolat. Également, chaque groupe social a un lieu de rassemblement physique qui contribue à l'expression de son identité (par exemple : l'église, le club de golf, etc.). Toute menace à la cohésion, à la structure, à la composition du groupe et à son lieu menace aussi le sentiment de sécurité de chaque membre, selon le niveau d'attachement de chacun aux autres.

En plus de ces caractéristiques, Montréal présente davantage de diversité culturelle que les autres régions du Québec, et a plus d'écoles multiethniques. Cela représente un défi de vivre ensemble avec les règles et la langue d'ici, qui ne sont évidemment pas celles des nouveaux arrivants. Comment se vivent ces défis en milieu urbain ?

Premier exemple

Kim Thúy, (née au Vietnam, auteure du roman *Ru*), qui a grandi à Granby (ville plus petite que Montréal, il est vrai...), a observé que certains parents immigrants voudront que leurs enfants apprennent rapidement le français pour favoriser l'intégration, d'autres (et les siens) y ajouteront le défi de garder leur langue d'origine (Proulx, 2011). Et dans son cas à elle, malgré un passé difficile, une enfance vécue dans un camp de réfugiés surpeuplé. Quels peuvent être dans un cas semblable les critères de réussite de l'intégration ? Une vie en santé, productive, tout en ayant fondé une famille mixte basée sur des valeurs acquises par son expérience unique, et même la production d'un roman à succès... voilà déjà quelques faits sur lesquels méditer !

M^{me} Thúy donne par ailleurs un exemple intéressant de remodelage possible du souvenir (le trauma étant entre autres un trouble de la mémoire) d'une expérience vécue : elle évoque le défilé des chars d'as-

saut de la fin de la guerre, et la surprise du défilé de la St-Jean, ici : « Nous n'imaginions pas qu'un défilé puisse être aussi joyeux, ludique ! » (Proulx, 2011)

La densité élevée d'une population peut représenter un risque : les cibles guerrières ne sont-elles pas davantage les villes densément peuplées ? Le Canada pourrait sembler à l'abri de ce risque vu la faible densité de sa population. Pourtant, en tant que terre d'accueil, il est confronté aux conséquences de ces conflits en accueillant les réfugiés de pays dévastés (voir l'exemple, plus haut). De plus comme le Canada participe à « l'effort de guerre » dans des pays éloignés, il est aussi confronté aux réactions que ses soldats ont vécues durant ces guerres. De fait, malgré son éloignement des lieux de combat, le Canada est confronté aux deux types de personnes qui sont susceptibles d'avoir vécu des expériences extrêmes, dont plusieurs souffriront de stress post-traumatique.

À noter que ce sont des situations où la maladie peut être particulièrement sévère, ce qui soulève la question de la disponibilité d'un diagnostic adéquat et d'un traitement approprié.

Les familles des soldats affectés ont dernièrement revendiqué des soins pour celles qui furent durement ébranlées par le contact avec un des leurs qu'elles ne reconnaissaient plus (par exemple ces derniers pouvaient manifester du retrait, de l'irritabilité, ou souffrir d'éthylisme) à leur retour de guerre. Pourtant certaines femmes, victimes d'abus physiques depuis le retour de leur conjoint, (comportement absent avant le départ des soldats), craignent de dénoncer ces derniers pour éviter des conséquences sur la poursuite de leur carrière.

La densité de la population modifie les rapports sociaux en cas d'incidents, d'instabilité, de désordres. Par exemple, chez l'animal, un facteur de violence environnemental est celui du surpeuplement : les rencontres incessantes et la restriction spatiale rendent impossible la régulation affective. Le surnombre déritualise, les règles usuelles ne sont plus respectées, il y a bataille, et blessures : le groupe entier tombe malade, physiquement, émotionnellement (Cyrulnyk, 2000). On peut retrouver des phénomènes semblables chez les humains.

Par exemple, une étude sur les facteurs de risque de chronicité de stress post traumatique chez de jeunes adultes urbains (échantillon de plus de milles jeunes de la région de Détroit, États-Unis) a montré que la moitié de ceux qui avaient des symptômes de stress post traumatique les manifestaient depuis plus d'un an. Parmi les participants qui avaient des symptômes chroniques, il y avait plus d'hyperréactivité physiologique et psychologique en réponse à des stimuli symboliques liés au

trauma, d'engourdissement (numbing), de paralysie interpersonnelle, en plus d'une plus grande prévalence des troubles anxieux et dépressifs et d'une variété de problèmes médicaux physiques (arthrite, bronchite, migraine, problèmes gynécologiques...). Cette recherche a identifié quatre facteurs qui sont associés à une plus grande présence d'ESPT : une séparation précoce d'avec les parents, une histoire familiale d'anxiété, la préexistence de dépression et d'anxiété, et la névrose (neuroticism). Deux facteurs étaient spécifiquement associés avec la chronicité de la condition (ESPT) : une histoire familiale de conduite antisociale, et le sexe féminin (Breslau et al., 1992).

Une population particulière, spécifique au milieu urbain car elle s'y retrouve en plus grand nombre, sont les itinérants qui sont particulièrement vulnérables. De 30 à 50 % des itinérants souffriraient d'une maladie mentale, jusqu'à 20 % en co-morbidité avec les problèmes liés à l'alcool. Les familles éclatées, une faible éducation, et les désavantages sociaux vécus lors de l'enfance et de l'adolescence sont souvent associés à ces premières constatations. Parmi les patients reconnus comme souffrant d'une maladie psychiatrique parmi les itinérants, on distingue entre les personnes déjà hospitalisées, celles qui n'ont pas reçu de soins, et les personnes, non psychotiques, qui souffrent d'une maladie comme conséquence de l'itinérance (Scott, 1993).

Quelques études ont analysé les traumatismes affectant cette population : près d'un tiers des femmes itinérantes et 20 % des hommes ont eu des symptômes compatibles avec un épisode d'ESPT, avant l'épisode d'itinérance : 75 % de ces derniers ont expérimenté leur premier épisode d'ESPT l'année qui précédait leur itinérance. Une dernière donnée intéressante est que l'abus sexuel dans l'enfance est associé à l'apparition d'un ESPT à un âge plus précoce chez les femmes (North et Smith, 1992).

Deuxième exemple

Monsieur M. AA est immigrant, malade, et a été itinérant à quelques reprises. Il est né dans un pays d'Afrique, vivant dans une communauté villageoise tissée serrée. À la suite d'événements politiques, les villageois se sont divisés selon les tribus d'origine, et les bons voisins d'hier sont devenus les ennemis d'aujourd'hui. Un soir, il fut enlevé et séquestré. Il vécut pendant des mois la torture aux mains de gens qui étaient auparavant des voisins proches, qu'il considérait être des amis.

Après sa libération, sa famille et lui ont cherché refuge à Toronto. M. AA a souffert de plusieurs symptômes de stress post traumatique, sévères, pour lesquels il n'a pas immédiatement reçu de soins. Les

rapports avec ses proches se sont détériorés d'une telle manière qu'il a préféré, honteux de sa condition, s'éloigner de sa famille pour emménager, isolé de tout lien affectif familial, à Montréal. Depuis ce temps, il a développé un éthylisme significatif. Il demeure relativement insomniaque, et irritable. Il est méfiant. Il a vécu de brefs épisodes de psychose et d'états dissociatifs, dont l'un plus sévère, où il fut verbalement abusif envers un employé de l'hôpital, épisode dont il ne se rappelle pas du tout. Il vit en chambre, a peu d'amis. Sa vie citadine le protège dans sa dignité (on ne le connaît pas personnellement avec tous ses problèmes, dont il a honte) par l'anonymat de la foule. Il peut avoir des services, il peut déménager au besoin, il peut — ce qu'il fait depuis quelques années — s'insérer dans la communauté par des activités bénévoles. Il a diminué sa consommation d'alcool, a recommencé à vivre (plus que survivre...) Le passage de village à ville (où il a choisi de vivre seul), entre autre élément, lui a été salutaire.

Terminons avec une autre particularité plus souvent citadine : les tueries de masse («killing spree», meurtres sur les lieux de travail, les institutions scolaires, drames familiaux) différentes des attentats (meurtres haineux) car elles ne sont pas le fruit d'une organisation, mais généralement de l'action planifiée d'un seul individu, malade, ou souffrant d'une colère, d'une rage intense en raison de son rejet du réseau social, duquel il se venge. Bien que ces événements soient possibles en région, le recensement de ces actes, de partout dans le monde, indique qu'ils surviennent surtout dans des agglomérations plus importantes. Retenons ici les exemples douloureux des institutions scolaires touchées par des drames au Québec : le collège Dawson, l'École polytechnique et l'université Concordia.

Le résultat net de ces actes de violence, dûs à un groupe organisé ou non, est la fragilisation du tissu social, en commençant par celui des individus, ensuite des familles. Après le drame de polytechnique, l'une des victimes s'est suicidée, et des familles ont été anéanties de chagrin pendant des années. Comme dans le cas des désastres où cet aspect fut étudié (déjà cité), on peut penser que l'impact social de ces actes de barbarie, outre la peur qui s'installe dans toute une communauté (disparition du sentiment de sécurité), dépendra de la qualité de l'organisation sociale usuelle (plus ou moins de la vie communautaire active, la culture, les expériences précédentes).

Psy des champs

En région périphérique, les gens se connaissent plus souvent ce qui empêche ou permet certains comportements, impensable dans l'anony-

mat des villes. Par exemple, une consultation en psychiatrie vraiment confidentielle peut être pour certains un véritable casse-tête, puisque l'entourage du patient reconnaît la voiture du client dans le stationnement de la clinique, de même que le chauffeur de taxi connaît tout le monde, comme aussi pour la réceptionniste de la clinique....

Il m'est arrivé en région, de voir des gens terrorisés à l'idée que leur visite soit connue, divulguée, qu'ils soient jugés négativement par leurs pairs, ce qui retarde malheureusement pour plusieurs la consultation, qui se fait alors en urgence. Par contre, on peut penser que cette absence d'anonymat permet l'action : on aide un voisin en difficulté sans attendre l'intervention hypothétique d'un autre voisin.

Mon expérience loin de la ville impliquait davantage d'interventions spontanées de tiers (famille, voisin, concierge) que ce que j'ai vécu jusqu'ici à Montréal, où les patients arrivent fréquemment en ambulance avec un minimum d'information. Par ailleurs, les résistances immédiates et tenaces au retour de patients dans leur milieu (cas médico-légaux), en région, peut être plus difficile à gérer par la proximité des protagonistes.

Des situations particulièrement difficiles surviennent en régions isolées. Dans certaines conditions de promiscuité, on peut craindre que dans les cas de violence, d'abus, l'agresseur soit connu, soit même parfois protégé, ce qui accroît les risques de développer un état de stress post traumatique chez la victime².

Ville, régions, traumas

En région ou à la ville, les écoles sont une expérience de groupe particulière, à un âge sensible, pour la première fois vécue hors de la famille : chacun doit trouver sa place. Nous avons tous en mémoire nos premières amitiés, les connivences, les jeux partagés, les travaux d'équipe... et les étudiants rejetés dès le primaire, puis au secondaire... même à l'université... L'école, lieu que nous voulons sécuritaire entre tous pour nos enfants, est tout de même le lieu de désarroi pour plusieurs d'entre eux, en raison des travers de la vie de groupe. S'y ajoute le phénomène du harcèlement, qui se multiplie maintenant par internet, ou le « facebooking » a la cote chez les adolescents qui accumulent le plus d'amis possible, avec tous les types de messages, photos, liens que permet ce type de réseau (créé, dit-on, par un étudiant impopulaire, rappelons-le !).

Par ailleurs, peut-on distinguer des différences entre la ville et les régions de densité de population moindre, en ce qui concerne les traumas ?

Si nous ne retenions que les accidents de la route, une différence immédiate sépare villes et régions : l'importance (en volume) de la circulation citadine élève les risques d'accidents et donc, des traumatismes (9 % de risques d'ESPT) (Collectif, 2006) et invalidités possibles.

Le bilan routier 2010 de la province de Québec illustre cet écart : 9058 victimes en 2010 dans la région de Montréal (44 décès, 340 blessés graves, 8674 blessés légers ; des chiffres en hausse par rapport aux données 2009), 1351 victimes dans la région Bas St-Laurent (23 décès - en baisse par rapport à 2009), 81 blessés graves, 1257 blessés légers (en hausse dans ces 2 derniers cas, par rapport à 2009) (SAAQ, 2010).

Les facteurs protecteurs ou défavorables à une maladie post traumatique sont-ils également répartis ? On peut penser que le réseau de soutien est différent en ville et en région, que les médias (facteur augmentant un risque d'ESPT) seront plus présents — ou persistants — en ville.

Certes des études sur les conséquences des désastres ont démontré que les communautés où règnent les conflits, les critiques, et d'autres réponses négatives de la communauté envers les victimes affectent négativement la santé mentale, tandis que dans les communautés très aidantes, les taux de psychopathologie post désastre sont faibles. Dans les faits, les milieux urbain et rural soutiennent les personnes en difficulté mais d'une manière différente. Les petites communautés tissées serrées peuvent donner un support plus complet à leurs membres à cause de cette proximité, mais les plus grandes villes ont plus de ressources pour organiser le support aux victimes (North, 2003). Ce dernier exemple issu de la recherche nous aide à comprendre les différences ville-région : petit milieu, moins de gens, plus de liens directs et personnalisés : grande ville, plus de personnes, moins de liens directs, mais plus de ressources pour organiser, et soutenir.

Conclusion

Le paragraphe précédent nous éclaire sur la nécessité de planifier différemment l'aide à offrir selon la densité de population. D'abord, la prévention. Même si l'on ne peut éviter les traumatismes, il est possible d'intervenir par un dépistage précoce des symptômes. Pour cela, il faut informer les intervenants de première ligne, entre autres les renseigner sur les symptômes clés (cauchemars, persistance de souvenirs non désirés, sursauts faciles, se sentir détaché, engourdi suivant un événement traumatique) (Freedy et Brock, 2010) afin de poser un diagnostic plus précis, et d'établir un plan de traitement plus adéquat.

Les populations à risque. Malheureusement le support déficient offert aux enfants et à leur famille demeure un sujet délicat et complexe,

dont nous payons socialement le prix à long terme. Le Dr Bessel Van Der Kolk, psychiatre spécialisé en trauma à Boston, considère les traumatismes de l'enfance comme une épidémie oubliée aux USA (conférence, ISTSS).

Mieux dépister les symptômes d'ESPT chez les personnes qui vivent dans la précarité, puisque, chez les itinérants, plusieurs souffraient d'ESPT avant leurs épisodes d'itinérance, ceci pour éviter autant que possible la chute vers l'extrême isolement (et les risques de traumatismes supplémentaires) que représente l'itinérance.

Qu'advient-il des victimes de trauma ? Des études ont démontré que les rencontres thérapeutiques fortement suggérées (les « debriefing » dont le but est l'expression des émotions chez les participants, faire circuler l'information, et les différentes versions), ne sont pas utiles, voire susceptibles de nuire (Collectif, 2006) à certaines personnes, selon le type de personnalité.

Souvenons-nous que la majorité des personnes exposées à un événement traumatique guérissent spontanément : l'intervention précoce n'est donc pas forcément indiquée, voire retraumatise et renforce l'anxiété, et empêche le processus de « digestion » du trauma (Brillon, 2005). Pourtant, le soutien psychologique est encore offert aux victimes de traumatismes, selon ce qui est rapporté régulièrement aux nouvelles. Nous ne pouvons que souhaiter que ce qui est offert soit conforme aux normes actuelles de soins en pareille situation, soit une disponibilité d'aide psychologique au besoin, dans les premières semaines post trauma (Boyer, 2010), et une psychothérapie structurée ensuite si nécessaire (cognitive, avec focus sur le trauma, EMDR) (Bisson, 2007 ; Andrew, 2007). Les chercheurs, auteurs du rapport sur la fusillade du Collège de Dawson, soulignent la nécessité de développer un plan d'urgence psychosocial et médical intégré, plus élaboré, efficace, pour prévenir les nombreuses séquelles psychosociales qui peuvent résulter d'un drame tel celui de septembre 2006. Un plan comprenant entre autres des experts en intervention psychosociale d'urgence, des interventions de soutien (victime et famille), une communication efficace, un plan de retour à la sécurité.

Par ailleurs, retenons qu'un comportement résilient de groupe est possible. Songeons par exemple aux anniversaires de deuil vécus en commun, les regroupements organisés d'aide et de support — entre autres sur Internet, les commémorations, les films, les démarches pour abolir les armes à feu ou autres actions pour éviter la répétition de drames.

Les cliniciens doivent donc être disponibles et intervenir avant les états de crise sociale ne surviennent : par exemple, par l'utilisation

judicieuse des médias, entre autres internet, dans un langage clair et accessible pour enseigner, prévenir et informer d'un plan, de même que pour faire connaître et diffuser l'information sur les ressources internet et autres disponibles en cas de désastre.

Après le trauma, il est essentiel, pour obtenir des résultats concrets et durables dans le temps, de rendre disponibles les psychothérapies reconnues (médecine basée sur les évidences) et ciblées (augmenter le nombre collectif de thérapeutes qualifiés disponibles et abordables) pour les patients démunis, ce qui, par ailleurs était aussi une recommandation de la dernière étude citée, dans le cas d'un trauma collectif.

Continuer à nous former, à chercher, pour le mieux-être collectif.

Notes

1. Je m'appuierai sur ma pratique en région et à Montréal pour ce faire.
2. Sources: discussions cliniques avec des médecins ayant oeuvré en régions très éloignées, témoignage de patients, témoignage d'observateurs; voir entre autre le reportage de l'émission Enquête, Radio-Canada, entre autres concernant Blanc Sablon.

Références

- ANDERMANN, L. F., 2002, Cultural aspect of trauma, *Bulletin de l'APC*.
- BISSON, J., ANDREW, M., 2007, *Psychological Treatment of post traumatic stress disorder, Cochrane database of Systematic Review*, Issue 3, Article no 003388 DOI: 10.1002/4651858.CD003388.pub3
- BOYER, R., LESAGE, A., GUAY, S., SEGUIN, M., CHAWKY, N., SZKRUMELAK, N., BLEAU, P., STEINER, W., GAUVIN, D., MIQUELON, P., ROY, 2010, Fusillade du 13 septembre 2006 au collège Dawson: rapport d'enquête auprès des étudiants et du personnel sur l'impact psychologique et la recherche d'aide, Montréal. "<http://www.hlhl.qc.ca/documents/pdf/recherche/publications/2f-leger-dawson-RAPORT-2sept.pdf#>" <http://www.hlhl.qc.ca/documents/pdf/recherche/publications/2f-leger-dawson-RAPORT-2sept.pdf#search=%22monique%22>
- BRESLAU, N., DAVIS, C. D., ANDRESKI, P., PETERSON, E., 1991, Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults, *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, 216-222.
- BRESLAU, N., DAVIS, G. C., 1992, Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of young Adults: Risk factors for Chronicity, *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, 671-675.

- BREWIN, CK., ANDREWS, B., VALENTINE J. D., 2000, Metaanalysis of risks factors for PTSD in trauma exposed adults, *Journal of Consulting and Clinical psychology*, vol. 68, 748-766..
- BRILLON, P., 2005, *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, ed Québecor, 2^e ed, Montréal.
- COLLECTIF, 2006, Clinical practice guidelines for the management of anxiety disorders, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, Suppl. 2, 18-91S.
- COLLECTIF, 2012, List of mass murderers and spree killers by number of victims, http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_murderers_by_number_of_victims
- COLLIMORE, K.C., MCCABE, R. E., CARLETON, R. N., ASMUNDSON, G. J., 2008, Media Exposure and dimensions of anxiety sensitivity : Differential associations with PTSD symptoms clusters, *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 22, 1021-1028.
- CYRULNYK, B., 2000, *Les nourritures affectives*, ed. Poches Jacob, Paris.
- DALLAIRE, R., 2010, *Conférence ISTSS (International Society for Traumatic Stress Study)*, Montréal.
- FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., KOSS, M. P., MARKS, J. S., 1998, Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults, "The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, 245 – 258.
- FREEDY, J. R., BROCK C. D., 2010, Spotting and treating PTSD in Primary Care, *The Journal of Family Practice*, vol. 59, n° 2, 75-80.
- LUPIEN, S., 2010, *Par amour du stress*, Édition au Carré, Montréal
- McFARLANE, A. C., YEHUDA, R., 2007, Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions in Van Der Kolk, B., McFarlane, A.C., Weisaeth, L., eds., *Traumatic Stress*, Guilford, 155-181.
- McFARLANE, A. C, 1989, The aetiology of Post traumatic morbidity : predisposing, precipitating, perpetuating factors, *British Journal of Psychiatry*, vol. 154, 221-228.
- NORTH, C. S., 2003, Psychiatric epidemiology of disaster responses, trauma and disaster, responses & management, *Review of Psychiatry*, vol. 22, no.1 353-360.
- NORTH, C. S., SMITH, E. M., 1992, PTSD among homeless men and women, *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, n° 10, 1010-1016.

PROULX, M., 2011, *Une enfance pour la vie*, Bayard, Montréal.

SAAQ, http://www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/bilan_routier_2010/communiqués_regionaux.php

SCOTT, J., 1993, Homelessness and mental illness, *British Journal of Psychiatry*, vol. 162, 314-324.

ST-ANDRE, E., 2010, *Internet use during a disaster*, résumé, ISTSS.

SERVAN SCHREIBER, D., 2006, *Cours sur le trauma*, formation EMDR, Paris.

SELYE, H., 1975, *Le stress de la vie*, 2ed, Gallimard, Montréal.

ABSTRACT

Urban or rural psychiatric practice: Any differences?

In this reflection, the author first discusses her current psychiatric practice in an outpatient urban clinic. She discusses stress affecting many patients and its impact on them. What is stress? What is post-traumatic stress? What are its implications? How do patients adapt? The author presents some clinical examples. She then addresses her psychiatric practice in a rural setting in order to identify various aspects that highlight the differences between psychiatric practice in an urban and rural setting.