

InfoSexoWeb

Les forums	Outils sexologiques pour vous	Publication de thèses
Recherchez	Sondages actuels	Publication d'articles
Références	Liste d'envoi	Parution de publicité
Liens	Commentaires sur le site	Groupe d'études existentielles en sexologie
Chroniques	Écrivez aux Webmestres	Association des Sexologues du Québec
Articles	À propos du site	Regroupement Professionnel des Sexologues du Québec
Thèses	Les Webmestres	

➡ [Recommandez cette page à un ami](#)

InfoSexoWeb, Tous droits réservés, 1996-2009

Faites connaître vos services.
Annoncez sur InfoSexoWeb.

Nos visiteurs sont intéressés par vos services!

Auteur : Mireille Laurence

Titre : Analyse du vécu relationnel et sexuel d'un couple suite à un traumatisme crânien chez un des deux partenaires.

Section : Chapitre I : cadre théorique



[Table des matières](#)



Ce chapitre initial se compose de deux parties distinctes. À l'intérieur de la première, nous définirons le traumatisme crânien ainsi que ses causes. Nous poursuivrons en précisant les catégories de traumatisme crânien. Les diverses séquelles attribuables à un traumatisme crânien seront par la suite détaillées. Nous porterons une attention particulière aux séquelles d'ordre sexuel qui sont, quant à elles, subdivisées selon leur origine. Ainsi, nous verrons les difficultés sexuelles découlant directement d'un traumatisme crânien et celles étant secondaires aux séquelles. Pour sa part, la seconde partie du présent chapitre fera état de l'impact d'un traumatisme crânien sur l'entourage de la victime. À cette occasion, les difficultés vécues par les conjoints des victimes seront précisées.

1.1 Définition et catégorisation

La Fondation américaine nationale du traumatisme crânien («National Head Injury Foundation», NHIF) propose une définition du traumatisme crânien selon laquelle il s'agit d'une atteinte cérébrale causée par une force physique extérieure, susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives, associée ou non à une dysfonction physique (Copti, 1996). L'incapacité qui résulte du traumatisme peut être de nature temporaire ou permanente, avec des limitations physiques et/ou psychosociales (Copti, 1996). Les accidents de la circulation représentent la cause principale de traumatisme crânien, surtout chez les passagers d'un véhicule motorisé. Aux accidents de la route s'ajoutent les accidents sportifs, les accidents de travail et les agressions dans la rue (Ferre, 1995).

On classe les traumatismes crâniens en trois catégories selon leur intensité, soit les traumatismes légers, modérés et sévères. Le degré de gravité du traumatisme peut être déterminé en considérant les quatre paramètres médicaux suivants: le score à l'échelle de Glasgow, la durée de l'amnésie post-traumatique, l'état des réflexes du tronc cérébral et l'observation des signes neurologiques cliniques (Copti, 1996). Ces critères de classification étant très précis et relevant de la médecine, nous n'apporterons qu'une définition générale de ces trois catégories de traumatisme crânien.

Le trauma est considéré léger lorsque le patient demeure conscient suite au choc crânien, ce qui lui confère souvent un aspect anodin. Pourtant, aussi léger qu'il soit, un traumatisme crânien demeure un choc physique. Les séquelles décrites un peu plus loin peuvent donc être rencontrées chez toutes les victimes d'un trauma (Gronwall, Wrightson, Waddell, 1990). Nous savons de plus que sur le plan psychopathologique, «la gravité des séquelles est loin d'être en corrélation avec celle des lésions» (Colombel et Palem, 1988, p.13). Selon Ferrey (1995), les victimes de traumatismes légers constituent 82% des sujets hospitalisés pour

traumatisme crânien.

Quant au traumatisme modéré, il est défini comme ayant entraîné chez l'individu une perte de connaissance ou une amnésie post-traumatique inférieure à 30 minutes (Ferrey, 1995). Ce type représenterait 50% de l'ensemble des traumatismes crâniens. Le traumatisme grave est celui dont découle une perte de conscience excédant 30 minutes. Il est le seul type à mettre directement en jeu la vie du sujet

Il est possible de distinguer trois types de traumatisme crânien en fonction de leur nature. Il s'agit du traumatisme fermé, ouvert et compressé. Un trauma est appelé fermé lorsque le cerveau s'est déplacé à l'intérieur du crâne et s'est buté contre la structure osseuse, sans qu'aucune plaie ne soit présente au niveau du scalp.

Il est ouvert lorsque la boîte crânienne est lésée ou lorsqu'un objet a pénétré à l'intérieur du crâne (ex: projectile, arme, etc.). Ce dernier type, bien qu'impressionnant de par la présence de sang, ne laisserait pas de dommages sérieux à long terme, à moins d'être accompagné d'un trauma de type fermé (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). En fait, ce qui importe est le dommage au niveau du cerveau et non pas celui au niveau du crâne comme tel. Le terme compressé est utilisé pour indiquer que le cerveau a été comprimé entre deux objets, ce qui est plutôt rare. Dans la majorité des cas, le dommage important ne se situe pas au niveau cérébral en tant que tel, mais plutôt à la base du crâne et aux nerfs qui s'y retrouvent. Bien que ces trois types existent, mentionnons que cette terminologie est rarement utilisée dans les écrits, les traumatismes crâniens étant plutôt catégorisés selon leur degré de gravité.

1.2 Séquelles des traumatismes crâniens

Pour de nombreux symptômes liés à une affection médicale, il est possible de prévoir leur longévité dans le temps et ainsi les diviser selon leur persistance, soit à court, moyen et long terme. Pour leur part, les séquelles attribuables à un traumatisme crânien ne peuvent être réparties dans une catégorie spécifique, chaque personne étant différente et récupérant à l'intérieur d'un temps variable. Suivant le trauma, un certain nombre de séquelles peuvent graduellement se résorber. D'ailleurs, les auteurs d'écrits scientifiques s'entendent pour dire que la récupération s'effectue en grande partie à l'intérieur des six premiers mois suivant le traumatisme (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). La poursuite de la récupération du sujet nécessite des interventions rigoureuses, que ce soit au plan physique, psychologique, intellectuel ou social (Chance, 1986). Il est donc faux de prétendre que la seule chose à faire en terme de réhabilitation est d'attendre (Chance, 1986).

Des améliorations pouvant survenir au-delà de dix ans après le traumatisme crânien, il est maintenant admis que l'idée véhiculée selon laquelle la victime cesse toute progression deux ans après le trauma est un mythe (Chance, 1986). Cependant, certains facteurs peuvent influencer la réhabilitation, tels la personnalité de la victime avant le traumatisme, la stabilité de son entourage et la personnalité de ses proches (Brooks, 1986).

Selon Ferrey (1995), d'autres facteurs entrent en jeu dans l'intensité des troubles et leur durée, dont la violence du trauma, l'état physiologique et psychologique du sujet avant le trauma, le développement de psychopathologies post-traumatiques et l'âge du blessé. Il est par ailleurs reconnu que plus la victime est jeune, plus la réhabilitation se fait rapidement et efficacement. Soulignons toutefois que la réhabilitation peut prendre un certain temps, les victimes de traumatisme crânien ayant souvent des déficits intellectuels et mnésiques, ce qui complique l'acquisition de nouvelles connaissances (Chance, 1986). En fait, les troubles ont généralement tendance à régresser, mais il est difficile, voire impossible, de prédire leur disparition en un temps déterminé (Ferrey, 1995). Il est d'ailleurs possible que la récupération ne s'effectue jamais complètement. En fait, précisons que de multiples séquelles sont considérées permanentes.

Il est admis depuis longtemps que l'atteinte d'une aire corticale précise entraîne des séquelles spécifiques. Ainsi, il est convenu que lorsque l'hémisphère cérébral gauche est touché, la fonction du langage est habituellement affectée. Cependant, la majorité des traumatismes crâniens étant de type fermé, c'est-à-dire que le cerveau s'est percuté contre la boîte crânienne, plusieurs zones du cerveau peuvent avoir été atteintes simultanément. De ce fait, un éventail de séquelles peut survenir chez la victime (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

Considérant qu'une classification des séquelles ne peut être effectuée selon leur persistance dans le temps, nous allons les décrire en fonction des dimensions humaines qu'elles affectent, soit les dimensions physique, cognitive, psychologique, caractérielle, émotionnelle, sociale et sexuelle.

1.2.1 Séquelles physiques

Suite à un traumatisme crânien, la majorité des victimes se plaignent de fatigue. Selon une étude effectuée par Brooks (1986) un an après le trauma, 69% des accidentés mentionnent ressentir cet état. La proportion d'individus affectés par la fatigue demeure à peu près semblable cinq ans après le traumatisme, soit 62% (Brooks, 1986). Cette diminution d'énergie est une séquelle très limitative, car elle influence tout ce que fait la personne. L'état de fatigue proviendrait d'un dommage à la zone cervicale qui régit le cycle veille-sommeil. Cette atteinte entraîne une prolongation de la phase de sommeil léger au détriment de la phase de sommeil profond, de telle sorte que le sommeil est alors moins réparateur pour l'individu.

Débutant sa journée avec moins d'énergie et ayant de la difficulté à la restaurer par le repos, la victime peut donc ressentir la fatigue une à deux heures après son éveil (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). De plus, elle se sent rapidement épuisée suite

à l'exécution de tâches ou d'activités, même celles qualifiées de relaxantes, comme de regarder la télévision. Par conséquent, elle peut être aisément somnolente, ce qui nuira à certaines activités, telle la conduite automobile (Ferrey, 1995).

Par ailleurs, la sensation de fatigue peut se trouver augmentée de par les troubles du sommeil pouvant être éprouvés par la victime, tels les difficultés à s'endormir et les réveils nocturnes (Ferrey, 1995).

En somme, la fatigue est en général permanente chez la victime, ce qui réduit ses capacités à l'effort et la pousse à se coucher tôt, bien qu'elle ne trouve pas rapidement le sommeil (Copti, 1986). Par conséquent, cette perte d'énergie peut amener la victime à éviter toute activité, même celles qu'elle considère plaisantes (Ferrey, 1995).

Les céphalées sont, selon Ferrey (1995), «un symptôme très fréquent dans les suites d'un traumatisme crânien atteignant plus de 80% des cas, quelle que soit la gravité du traumatisme et pendant un temps très prolongé» (p. 93). L'auteur précise que les céphalées diffuses sont celles les plus fréquemment ressenties par les victimes. Celles-ci seraient surtout déclenchées par des émotions, telles la colère et la contrariété, ainsi que par un effort de concentration intellectuelle. Pour leur part, Gronwall, Wrightson et Waddell (1990) considèrent que le stress et la tension sont les principaux responsables de l'apparition des céphalées. Selon eux, la présence de douleurs céphaliques est l'indice que le sujet vit de l'anxiété par rapport à sa situation nouvelle.

Les sensations pénibles reliées aux céphalées persistent souvent toute la journée et augmentent en réaction à un effort et au bruit. Elles sont de plus indissociables de l'insomnie, de la fatigue et de la tristesse générale pouvant être vécue par la personne devant les perturbations qui surviennent dans sa vie. Les céphalées peuvent perdurer durant de nombreuses années et évoluer sous forme de migraines avec lesquelles les victimes doivent apprendre à vivre (Copti, 1986).

Parmi les troubles sensoriels que peuvent ressentir les victimes d'un traumatisme crânien figurent les troubles du goût, de l'odorat, les troubles auditifs, les troubles visuels et des désordres au niveau de la température corporelle.

De cette façon, suite à un traumatisme crânien, il arrive que les nerfs des papilles gustatives, ainsi que les cellules du nez qui conduisent les odeurs deviennent inopérants (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). Des troubles du goût et de l'odorat peuvent donc résulter d'un traumatisme crânien. Les troubles du goût sont souvent partiels et disparaissent quelque temps après le traumatisme, contrairement à ceux de l'odorat qui peuvent prendre des années avant de se résorber. Même lorsque la victime d'un traumatisme crânien ne perd pas l'habileté de goûter et de sentir, il est fréquent qu'elle ne perçoive plus le goût des aliments tel qu'elle le faisait auparavant. Une modification de ses préférences culinaires peut alors survenir (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

Les troubles auditifs comprennent les atteintes auditives liées au trauma direct et les acouphènes qui peuvent se développer, ce qui est très pénible pour la victime (Ferrey, 1995). La gêne auditive qui découle souvent d'un traumatisme crânien rend la victime intolérante aux bruits, surtout s'ils sont forts ou multiples, car ils l'empêchent de se concentrer et d'être attentive, en plus de déclencher des céphalées (Ferrey, 1995). En fait, pour le patient, toute source de bruit peut lui être insupportable, comme la musique, une foule bruyante et les cris des enfants (Ferrey, 1995).

Au niveau visuel, il est courant que la personne traumatisée se plaigne d'une baisse de l'acuité visuelle, d'une vision trouble et d'une fatigue visuelle liée à l'effort d'attention. De cette manière, tout travail devant être effectué de près, telle la lecture peut devenir affligeant pour elle (Ferrey, 1995).

Chez certaines victimes de traumatisme crânien, la régulation de la température corporelle peut être affectée. Les personnes peuvent ainsi avoir très froid alors que la température ambiante est chaude. De la même façon, la personne peut ressentir une chaleur excessive alors que tel n'est pas le cas.

Le maintien d'une température corporelle constante serait influencé par le niveau de fatigue de la personne. De cette façon, plus la victime est reposée, plus la régulation thermique se fait adéquatement (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

Un grand nombre de blessés souffrent de divers troubles de l'équilibre. Les victimes peuvent donc se sentir instables, surtout lors de changements de position brusques, tel se lever du lit le matin. Certains traumatisés peuvent aussi éprouver un vertige et un manque d'assurance dans les escaliers. Ces sensations vertigineuses peuvent apparaître en lien avec les céphalées, le bruit, l'effort intellectuel ou les émotions intenses (Ferrey, 1995). Selon Ferrey (1995), les vertiges font parties des nombreuses conséquences du trauma qui incitent le blessé à se replier sur lui-même en réduisant ses activités sociales. En ce qui concerne la coordination, il peut être affligeant pour la victime de coordonner ses bras ainsi que ses jambes, ce qui rend, entre autres, la marche éprouvante. Notons qu'il n'est pas rare que les problèmes de coordination s'accompagnent d'une certaine faiblesse musculaire (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

L'endommagement du cerveau entraîne un fonctionnement réduit de celui-ci. Ainsi, la personne victime d'un traumatisme crânien peut être incapable d'effectuer des activités aussi rapidement qu'elle le faisait dans le passé. Elle est souvent elle-même inconsciente de ce phénomène, exécutant alors les tâches à la vitesse que lui impose son cerveau (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). En plus de ralentir la personne dans ses activités, l'état d'inertie causé par le trauma peut être responsable d'un manque d'initiative chez la personne. De même, lorsque son aide est suscitée pour effectuer une tâche simple (ex: laver la vaisselle), la victime peut ressentir le besoin de s'asseoir peu de temps après le début de l'activité (Chance, 1986).

En fait, on peut observer chez certaines victimes «des tendances régressives, tant d'attitudes que de mimiques, souvent

accompagnées de passivité ou de non participation» (Colombel et Palem, 1988, p. 17). D'autre part, cet état d'inertie peut être responsable de l'allure de zombie parfois observée chez les victimes. Cette conséquence du traumatisme crânien amène souvent l'entourage et les professionnels à percevoir la personne comme étant non motivée, irresponsable et paresseuse, alors que tel n'est pas le cas (Ferrey, 1995).

1.2.2 Séquelles cognitives

Par séquelles cognitives, nous faisons référence aux dommages qui portent atteinte à l'intégrité des facultés intellectuelles d'un individu. Afin d'alléger le contenu de cette section, nous nous sommes limités à la description des séquelles cognitives communément rencontrées chez les blessés. Celles-ci ont trait aux capacités suivantes: concentration, attention, langage, mémoire, orientation et résolution de problèmes.

En ce qui concerne les difficultés de concentration, celles-ci sont étroitement liées à la fatigue et elles ont probablement le même type d'explication. Selon le Dr. Copti (1996), neurologue, le traumatisé se plaint d'emblée de troubles d'attention et d'une diminution de sa capacité de concentration. Généralement, les difficultés d'attention et de concentration se manifestent de trois façons. En premier lieu, la victime d'un traumatisme crânien peut trouver difficile de centrer son attention sur un seul élément, étant facilement distraite. En fait, tout dans son environnement est susceptible d'attirer son attention (ex: éclairage, bruit, décor) (Wesolowski et Zencius, 1994). Dans un deuxième temps, le traumatisé peut éprouver de la difficulté à exécuter deux tâches simultanément telles de prendre en note un message téléphonique, c'est-à-dire porter attention aux propos de son interlocuteur tout en écrivant.

Enfin, les difficultés d'attention se retrouvent aussi dans l'incapacité à maintenir un niveau de concentration suffisamment élevé à l'exécution d'une activité. Incapable de se concentrer, la victime abandonne facilement ses activités. Il importe donc de distinguer les troubles de l'attention d'un désintérêt face à une activité (Ferrey, 1995).

Selon Copti (1996), les troubles de l'attention durent généralement très longtemps, surtout chez les victimes âgées de 50 ans et plus. Ces difficultés sont plus persistantes si le trauma a été suivi d'une période de coma supérieure à 10 minutes et d'une amnésie post-traumatique d'une durée de 4 à 6 heures. En fait, la récupération de la capacité d'attention et de concentration peut s'étaler sur plusieurs mois, voire plusieurs années, et rester malgré tout partielle (Copti, 1996).

Chez la majorité des individus, un trauma au niveau de l'hémisphère gauche affecte l'habileté de langage et ce, de diverses manières. La personne blessée peut souffrir d'aphasie, c'est-à-dire d'une incapacité de parler, ou de dysphasie, c'est-à-dire d'un endommagement de la parole (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). La dysphasie peut revêtir de nombreuses manifestations. Ainsi, la victime peut avoir un débit lent et une mauvaise prononciation (Ferrey, 1995). De même, la dysphasie peut entraîner des difficultés particulières, telles de dire des mots qui n'ont pas de sens, d'énoncer correctement des mots, mais ne pas les enchaîner d'une manière à ce qu'un sens se dégage de la phrase, ou de posséder un registre de mots limité à «oui» et «non». D'autre part, certaines victimes ont la capacité de prononcer clairement plusieurs mots, mais elles ont de la difficulté à les utiliser à l'intérieur d'un contexte approprié, ce qui rend leur discours incohérent. Lorsqu'éprouvés au niveau verbal, les problèmes décrits ci-dessus se retrouvent souvent tels quels dans la communication écrite (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

Ajoutée aux difficultés du langage, une détérioration de la faculté de comprendre peut s'observer chez les victimes d'un traumatisme crânien. En effet, l'intégrité de certaines régions du cerveau est nécessaire à la compréhension de ce qui est dit par autrui. Lorsqu'elles sont endommagées, il peut en résulter une difficulté à suivre et à participer à une conversation. La capacité à suivre une conversation est d'autant plus affectée lorsque la victime souffre d'acouphènes (Chance, 1986). Selon Ferrey (1995), les troubles de l'expression orale encouragent la victime à se replier sur elle-même et à parler le moins possible. Pour sa part, Brooks (1986) estime que les problèmes d'expression n'ont qu'un impact minime sur le fonctionnement de la personne, car ils surviennent surtout lorsque la personne est fatiguée ou contrariée.

En ce qui concerne les pertes de mémoire, celles-ci représentent la séquelle d'un traumatisme crânien la plus fréquemment rapportée. En fait, la littérature mentionne que la quasi totalité des victimes se plaignent de troubles de la concentration et de la mémoire (Chance, 1986). Non seulement les difficultés mnésiques sont tenaces, mais elles sont complexes et difficilement remédiables. Selon une étude (Brooks, 1986), l'importance des difficultés de mémoire cinq ans après le traumatisme demeure identique à celle observée un an après. En fait, Thomsen (1984) en arrive à la conclusion que 75% des victimes présentent une faible capacité de mémorisation et ce, dix ans après le trauma.

L'altération des capacités mnésiques se manifeste sous diverses formes, telles d'oublier la nature de l'activité en cours ou de refaire une tâche effectuée peu de temps auparavant. De plus, il est fréquent que la victime oublie l'objet de ses propos alors qu'elle les énonce. Les pertes de mémoire comprennent aussi l'oubli d'un rendez-vous ou l'omission d'un anniversaire. Dans des cas plus sévères, Thomsen (1984) a observé que, lorsque tristes, les patients oublient quelques minutes plus tard l'origine de leur peine.

Bien que certains auteurs, dont Wesolowski et Zencius (1994), considèrent que l'atteinte des capacités mnésiques représente un obstacle important au recouvrement d'une certaine indépendance par l'individu traumatisé et à l'assimilation de nouvelles connaissances, une étude (Brooks, 1986) menée auprès des proches de victimes mentionne que les problèmes de mémoire n'ont qu'un impact minime sur la vie quotidienne du traumatisé.

Les troubles de l'orientation, que ce soit par rapport aux personnes ou dans le temps et l'espace, constituent un phénomène commun parmi les traumatisés crâniens. Bien que cette séquelle soit caractéristique de la période d'amnésie pouvant suivre le

choc initial, elle peut également être observée chez des victimes plusieurs années après le trauma (Wesolowski et Zencius, 1994). Il devient alors laborieux pour le blessé de nommer les gens qu'il côtoie, la journée en cours ou la ville dans laquelle il se trouve.

Réagissant de manière impulsive, la victime d'un traumatisme crânien peut avoir de la difficulté à résoudre efficacement des problèmes. À l'inverse, il est possible qu'elle ne démontre aucune réaction devant une situation problématique. Ainsi, soit qu'elle adopte une solution sans y réfléchir, soit qu'elle n'engage aucune démarche pour remédier au problème. Au plan fonctionnel, cette difficulté de résolution de problèmes peut interférer avec la capacité de la personne à s'adapter aux contrariétés pouvant être rencontrées au quotidien dans les activités en général, ainsi que dans les relations interpersonnelles (Wesolowski et Zencius, 1994). Les difficultés de résolution de problèmes sont d'autant plus grandes lorsque le blessé possède une capacité d'abstraction réduite, ce qui l'amène à considérer uniquement les faits dans sa compréhension de la situation problématique (Ferrey, 1995).

En terminant, notons que les divers déficits cognitifs seraient la cause primaire de l'incapacité des victimes à acquérir une certaine indépendance. L'atteinte des fonctions cognitives nuirait également au rétablissement de leurs compétences sociales et professionnelles (Wesolowski et Zencius, 1994).

1.2.3 Séquelles psychologiques

Bien que le traumatisme crânien soit à prime abord un choc physique, il constitue également un choc psychologique de par les circonstances pénibles dans lequel il survient (Ferrey, 1995). La santé mentale des victimes peut donc se trouver affectée. Selon Copti (1996), «l'angoisse, les phobies, les modifications de l'humeur et l'irritabilité sont probablement dues à l'atteinte neuronale, à la douleur ainsi qu'à des facteurs psychologiques» (p. 98). Cet auteur considère aussi que les multiples changements vécus par la victime agissent comme facteurs dans l'apparition des désordres psychologiques.

Les perturbations de l'équilibre psychologique généralement observées chez les traumatisés crâniens peuvent être rassemblées à l'intérieur de deux catégories: les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Une atteinte à l'estime de soi figure aussi parmi les effets d'ordre psychologique mentionnés dans la littérature.

Une enquête (Ferrey, 1995) révèle que le tiers des victimes de traumatisme crânien présentent un état dépressif. Ces données doivent être conservées en mémoire, considérant que les symptômes imputables à la dépression peuvent facilement être confondus avec les séquelles liées au traumatisme crânien comme tel, soit l'insomnie ou l'hypersomnie, la fatigue avec un manque d'énergie, l'inertie, la tristesse, etc.

Par conséquent, un bon nombre de syndromes dépressifs post-traumatiques ne sont pas reconnus et ne sont pas traités (Ferrey, 1995). N'étant pas diagnostiqués, ils peuvent progresser dans le temps et devenir chroniques. Sans aide, le patient désespéré peut considérer le suicide ou tenter de mettre fin à ses jours (Griffith et Lemberg, 1993).

Le traumatisme crânien étant une conséquence d'un accident, il est courant de constater dans ses suites des réactions anxieuses. Des troubles anxieux se retrouvent ainsi chez le cinquième de la population traumatisée (Ferrey, 1995). Ceux-ci peuvent revêtir plusieurs formes: anxiété généralisée, syndrome de répétition diurne et/ou nocturne, évitement phobique, manifestations agoraphobiques et trouble obsessionnel-compulsif. Habituellement, les réactions anxieuses apparaissent peu de temps après le traumatisme et s'amplifient avec le temps (Ferrey, 1995). Il est alors possible de diagnostiquer des troubles anxieux plusieurs mois, voire des années après le traumatisme causal.

Considérant que les symptômes d'un trouble anxieux sont sensiblement les mêmes que ceux rattachés au traumatisme crânien (ex: céphalées, sensations vertigineuses, difficultés de concentration, bouffés de chaleur, frissons, etc.), il arrive qu'ils ne soient pas identifiés par les professionnels de la santé. Les symptômes sont alors souvent expliqués par des ennuis familiaux, professionnels et sociaux rencontrés par le blessé depuis le trauma (Ferrey, 1995).

Les syndromes de répétition nocturne et diurne sont d'autres manifestations anxieuses pouvant être attribuables au traumatisme crânien. Le syndrome de répétition nocturne consiste en un rêve angoissant et répétitif qui perturbe le sommeil, pouvant même provoquer le réveil.

À l'intérieur de ces cauchemars, la personne revit le moment tragique, soit le moment où l'accident devient inévitable, ce qui déclenche chez elle de l'angoisse. Ils peuvent de plus comporter des images dans lesquelles le blessé est impuissant et incapable de réagir suite à l'incident. Parfois, il peut s'agir d'un rêve où le blessé vit un accident semblable à celui qu'il a vécu réellement (Ferrey, 1995). Pour sa part, le syndrome de répétition diurne suppose l'entretien par la victime de souvenirs répétitifs portant sur l'événement traumatique. En fait, les images tendent à envahir l'esprit de la personne, provoquant ainsi un sentiment de détresse. La victime repasse sans cesse en mémoire le déroulement de l'accident afin de déterminer ce qui aurait pu être fait afin de l'éviter. Ces pensées envahissantes peuvent aussi amener le blessé à conclure qu'il est l'unique responsable de ses malheurs ou qu'il est une pauvre victime, les coupables de l'événement étant les autres personnes impliquées dans l'accident.

De manière plus occasionnelle, il arrive que la personne blessée se sente angoissée, ayant la prémonition que l'événement traumatique va se reproduire. Ce pressentiment peut alors l'amener à se protéger en adoptant une attitude de défense ou de fuite. Ce type de réaction porte d'ailleurs parfois la victime à croire qu'elle devient folle (Ferrey, 1995).

L'évitement phobique s'observe également chez certaines victimes. D'une manière consciente ou non, la personne victime d'un

traumatisme crânien peut éviter des situations, des personnes ou des objets qui évoquent en elle des souvenirs de l'événement traumatique, ce qui contribue au repli sur soi. Le personnel traitant doit demeurer vigilant afin d'identifier le syndrome d'évitement phobique, car il peut facilement passer inaperçu. En fait, certaines victimes allèguent des séquelles d'ordre physique (ex: céphalées et vertiges) pour justifier le fait qu'elles aient peu d'activités extérieures (Ferrey, 1995).

Les troubles obsessionnels-compulsifs peuvent se développer en lien avec le niveau élevé d'anxiété et d'agitation vécu suite au trauma. Notons toutefois qu'il s'agit d'une complication plus exceptionnelle que les autres troubles anxieux (Ferrey, 1995). Il n'existe cependant pas dans la littérature de consensus quant à l'incidence des troubles anxieux et dépressifs chez les blessés encéphaliques. Par contre, les auteurs s'entendent pour dire qu'ils constituent des séquelles psychologiques fréquentes (Parker, 1990).

Selon Parker (1990), l'estime de soi se trouve diminuée suite à un traumatisme crânien de par les incapacités auxquelles le sujet est constamment confronté par la suite, soit une diminution des capacités physiques, intellectuelles, sociales et professionnelles. Gronwall, Wrightson et Waddell (1990) considèrent que les relations sociales et sexuelles peuvent être affectées par cette vision négative que la victime entretient à propos d'elle-même.

En terminant, il est de plus en plus admis que les séquelles les plus accablantes d'un traumatisme crânien sont celles d'ordre psychologique, car elles ont un impact négatif sur les pensées, les comportements, les activités et les relations interpersonnelles de la victime (Brooks, 1986). En fait, elles affectent l'ensemble de la personne (Brooks, 1986).

1.2.4 Séquelles caractérielles

Le caractère peut se définir comme étant «ce qui distingue la nature particulière d'un individu, dans sa manière d'être habituelle, dans sa vie personnelle, professionnelle et sociale» (Ferrey, 1995, p. 259).

Bien que le caractère soit habituellement stable chez l'adulte, il peut subir des changements sous l'effet d'une cause externe. Des troubles caractériels, soient des modifications du comportement ou du mode de réaction par rapport au caractère habituel, peuvent donc résulter d'un traumatisme crânien (Ferrey, 1995). Parmi les changements caractériels les plus fréquemment cités dans la littérature figurent l'irritabilité, l'impulsivité, l'égoïsme, la dépendance, l'anticonformisme, l'apathie ainsi que l'agressivité verbale et physique (Wesolowski et Zencius, 1994). L'adoption de comportements enfantins, le besoin excessif que les choses soient rangées correctement, l'impatience et un manque d'intérêt généralisé sont aussi observés chez certaines victimes et ce, sept ans après le trauma (Oddy, 1985).

Facilement contrariée, la victime d'un traumatisme crânien peut manifester de l'irritabilité. En fait, tout changement dans sa routine, aussi minime soit-il, tel prendre le repas au salon plutôt que dans la salle à manger, peut la rendre confuse, agitée et irritée (Chance, 1986). Un suivi effectué auprès de victimes démontre que l'irritabilité est encore présente cinq ans après le traumatisme (Brooks, 1986).

Il est fréquent de constater que les survivants de traumatisme crânien ont des comportements impulsifs, c'est-à-dire qu'ils agissent sans penser au préalable. En fait, la personne éprouve de la difficulté à se contrôler (Lezak, 1978). Ce type de réaction serait surtout présent chez les victimes ayant subi un dommage au niveau du lobe frontal. Cette manière irréfléchie de se conduire peut interférer avec la capacité de fonctionner à l'intérieur d'un groupe, de participer à des activités professionnelles et d'effectuer des tâches quotidiennes (Wesolowski et Zencius, 1994).

Continuellement confronté à de nouvelles limites personnelles, il est courant que le blessé développe des traits de personnalité dépendante. L'émergence de ces traits découle de la perception que le blessé a maintenant de lui-même. En fait, il a le sentiment d'être incompetent et impuissant face à ce qui lui arrive (Ferrey, 1995). Il croit alors qu'il ne peut s'occuper de lui adéquatement. Il se rend ainsi dépendant des autres afin que ces derniers puissent répondre à ses besoins (Brooks, 1986).

L'anticonformisme peut se présenter chez les victimes par le refus de participer à certains traitements ou de respecter certaines règles. Ce trait de caractère peut donc, entre autres, nuire à la réintégration sociale de la victime et au bon déroulement d'une démarche thérapeutique (Wesolowski et Zencius, 1994).

L'apathie peut être définie comme étant l'incapacité d'éprouver de la compassion à l'égard des autres, ce qui se produit régulièrement suite à un traumatisme crânien. L'apathie confère alors une attitude de froideur à la personne blessée. Cette insensibilité se concrétise par des comportements égocentriques dont la victime n'a pas conscience, n'ayant plus la faculté de réfléchir aux conséquences de ses actions sur autrui (Lezak, 1978).

Au fur et à mesure que la victime prend conscience de ses limitations, il est fréquent qu'elle devienne frustrée et agressive. Les démonstrations d'agressivité se manifestent habituellement envers les membres de la famille immédiate et le personnel traitant. Bien que pouvant représenter un désagrément, la manifestation d'agressivité serait positive selon Wesolowski et Zencius (1994), car elle indique que le blessé ne se réfugie plus à l'intérieur du mécanisme de défense qu'est le déni. Pour sa part, Chance (1986) mentionne que les agressions verbales formulées par la victime sont involontaires, celle-ci n'ayant pas conscience de ses offenses.

En terminant, les changements caractériels existeraient indépendamment de l'intensité de la perturbation encéphalique (Ferrey, 1995). Ces altérations au niveau du caractère feraient en sorte que «le sujet ne sera plus tout à fait le même, ni tout à fait un

autre» (Colombel et Palem, 1988, p. 34).

1.2.5 Séquelles d'ordre émotionnel

Le cerveau est l'organe qui permet à l'être humain de ressentir des émotions et de les maîtriser en tenant compte du contexte dans lequel il se trouve (Létourneau, 1995). De cette façon, une des conséquences attribuables au traumatisme crânien est une modification du registre émotif (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). Les changements émotionnels peuvent revêtir plusieurs formes que nous verrons dans cette présente section.

D'abord, suite à un traumatisme crânien, la personne peut présenter une variation de l'humeur, passant rapidement d'un état euphorique à un état quasi dépressif (Létourneau, 1995). La victime peut aussi ressentir ses émotions différemment. Par exemple, suite à un traumatisme crânien, la personne peut être encline à vivre de la colère plutôt que de la tristesse lorsque confrontée à des situations émotives. Il en résulte alors un changement de réactions face aux événements. L'expression de sentiments inappropriés aux circonstances peut également être observée par l'entourage. Certains blessés présentent, pour leur part, une absence d'émotions (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

Sous l'effet du stress, les victimes de traumatisme crânien ont tendance à être volubiles ou à rire d'une manière incontrôlable. En fait, elles éprouvent souvent de la difficulté à contenir leurs réactions émotives telles les pleurs et les rires. Ces réactions peuvent donc survenir à tout moment (Chance, 1986).

Il est possible de plus que la personne éprouve de l'incertitude face aux émotions qu'elle vit. Incapable d'identifier clairement ses propres émotions, elle peut aussi éprouver de la difficulté à identifier celles ressenties par autrui. Cette inaptitude à reconnaître les émotions des autres peut entraîner la perpétuation de comportements dérangeants pour l'entourage (Parker, 1990).

En bref, la victime peut paraître déconnectée, n'éprouvant aucune émotion par rapport à une situation malheureuse, riant à l'annonce de nouvelles tristes ou étant extrêmement affectée par des situations anodines, courantes de la vie quotidienne (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

1.2.6 Séquelles sociales

L'isolement social apparaît comme un problème majeur chez les victimes d'un traumatisme crânien, celles-ci n'ayant plus d'activités sociales, ni de loisirs. Par ailleurs, cet isolement serait existant, autant tout de suite après le trauma que sept ans plus tard, surtout chez celles n'ayant pu retourner sur le marché du travail (Oddy, 1985).

En fait, la solitude constitue la séquelle la plus lourde pour les victimes (Oddy, 1985). Cette solitude proviendrait essentiellement d'une diminution de leurs habiletés sociales.

Selon une étude citée dans le livre de Wesolowski et Zencius (1994), 60 à 72% des victimes vivent une telle diminution, cette dernière étant attribuable, entre autres, au dommage neurologique. Considérant que les habiletés sociales sont utilisées dans une multitude de contextes, telles les relations amicales, professionnelles et récréatives, une altération de celles-ci peut nuire à l'établissement et au maintien d'un réseau social (Wesolowski et Zencius, 1994).

La solitude des victimes se maintient par le développement de limites semblables à celles qui sont observées chez une population de chômeurs: difficulté à planifier un horaire, réduction ou absence d'un réseau de contacts, manque d'ambition et d'opportunités de faire valoir ses compétences, absence d'une source de valorisation personnelle et sociale, etc. (Oddy, 1985). Le maintien de la solitude peut également être favorisé par l'incapacité de la victime à juger de la portée de ses gestes sur autrui. En effet, elle peut avoir tendance à adopter des comportements socialement inacceptables tels émettre des blagues grossières et toucher incessamment ses interlocuteurs, provoquant ainsi leur éloignement. Aux comportements inadéquats peut s'ajouter une négligence de l'hygiène dentaire et corporelle, ce qui peut constituer un désagrément pour les gens avec lesquels le blessé entre en contact (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). De plus, les victimes ont généralement de la difficulté à conserver leurs relations d'amitié établies antérieurement au trauma de par les changements au niveau de leur personnalité (Oddy, 1985).

En fait, ayant de la difficulté à maintenir leurs relations et à en établir de nouvelles, plusieurs traumatisés demeurent seuls à la maison et occupent leurs journées à regarder la télévision (Chance, 1986).

Ferrey (1995) dresse un tableau représentatif de la situation vécue par le blessé:

Il souffre de la tête, il se sent fatigué, il ne supporte pas le bruit des autres, si bien qu'il reste au domicile sans se montrer actif, il paresse et demeure plaintif. Souvent, on signale qu'il se montre exigeant et difficile dans ses relations. Loin d'être reconnaissant aux soins et à l'attention de l'entourage, on le trouve grincheux, difficile parfois, même coléreux pour le moindre prétexte (p. 251).

1.2.7 Séquelles sexuelles

Le cerveau est le siège des désirs sexuels, des fantasmes, des sensations, des inhibitions ainsi que des comportements sexuels (Griffith et Lemberg, 1993). Il est alors indéniable qu'un dommage au niveau de cet organe se répercute sur la santé sexuelle, celle-ci étant définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant «l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour» (Badeau et Bergeron, 1991, p. 51). La santé sexuelle suppose la réunion de trois conditions fondamentales, soit: (1) être capable de jouir en ayant la pleine maîtrise d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle, (2) être exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle et (3) être exempt de troubles, maladies, déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductrices» (Badeau et Bergeron, 1991, p. 51).

Diverses difficultés d'ordre sexuel peuvent par conséquent découler des séquelles physiques, cognitives, psychologiques et sociales présentes chez la victime suite à un traumatisme crânien (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

Nous verrons tout d'abord les difficultés sexuelles qui découlent directement d'un traumatisme crânien suite à l'endommagement d'une région encéphalique impliquée dans la réponse sexuelle humaine. Viendront ensuite les difficultés qui sont davantage attribuables aux séquelles de celui-ci. En fait, comme le soulignent Wesolowski et Zencius (1994), les dysfonctions sexuelles ne sont pas rares suite à un traumatisme crânien. Les difficultés sexuelles généralement mentionnées dans la documentation sont au nombre de quatre, soit l'inhibition du désir sexuel, l'hypersexualité, les troubles érectiles et l'adoption de comportements sexuels non appropriés.

Typiquement, les modifications libidinales associées à un dommage neurologique se traduisent soit par une hyposexualité, soit par une hypersexualité (Price, 1988). Pour sa part, Ferrey (1995) considère que le traumatisé crânien vit habituellement un désintéressement par rapport aux activités de nature sexuelle au point de leur être indifférent. En fait, selon une enquête menée par Boller et Frank en 1982, 35% de la clientèle traumatisée vit une baisse de la fréquence de leurs relations sexuelles (Wesolowski et Zencius, 1994). Pour Griffith et Lemberg (1993), il est de plus en plus évident que les désordres hormonaux et la déficience de certains neurotransmetteurs jouent un rôle significatif dans l'inhibition du désir sexuel. D'autre part, une étude citée par Price (1988) en arrive à la conclusion que la diminution de l'appétit sexuel est proportionnelle à la sévérité du traumatisme crânien, donc au dommage cérébral.

Bien que les recherches suggèrent qu'une baisse du désir sexuel survient plus fréquemment qu'une augmentation de celui-ci (Wesolowski et Zencius, 1994), mentionnons que certaines victimes présentent une hausse de leur désir sexuel. Selon Price (1988), l'hypersexualité s'observe surtout chez les victimes qui avaient une prédisposition à ce type de sexualité préalablement au trauma.

En ce qui concerne les troubles de l'excitation sexuelle, les dysfonctions érectiles sont fréquemment mentionnées. Chez les hommes présentant un dommage au lobe frontal, les difficultés d'érection seraient dues à des désordres hormonaux liés au mauvais fonctionnement de la glande hypophyse (Griffith et Lemberg, 1993). La phase d'excitation sexuelle peut aussi être perturbée chez les victimes de sexe féminin. Chez elles, le dérèglement des hormones hypophysaires entraînerait un fonctionnement réduit des ovaires, ce qui provoque, entre autres, une diminution de la lubrification vaginale (Griffith et Lemberg, 1993).

Soulignons que la fréquence réelle des troubles de l'excitation sexuelle est difficilement appréciable et qu'il est compliqué de vérifier leur étiologie de par la honte et la pudeur des patients qui n'osent aborder ce sujet avec leur médecin traitant. La discrétion des médecins par rapport à la sexualité contribue également au manque de connaissances sur les dysfonctions sexuelles associées à un traumatisme crânien (Ferrey, 1995).

Dans la littérature médicale, les comportements sexuels non appropriés sont définis comme étant des comportements de nature explicitement sexuelle qui sont nuisibles physiquement et/ou émotivement pour l'individu ou les personnes de son entourage (Wesolowski et Zencius, 1994). Ces comportements incluent de faire des avances sexuelles verbales ou physiques, de faire de fréquentes allégations sexuelles, de pratiquer la masturbation dans des endroits publics et d'exposer ses organes génitaux (Price, 1988). Bien que peu de données soient disponibles quant aux comportements paraphiliques suite à un traumatisme crânien, il semble que ce phénomène soit peu fréquent. En effet, l'impulsivité liée au déploiement de conduites sexuelles atypiques se retrouveraient surtout chez les victimes d'un trauma au niveau du lobe frontal (Wesolowski et Zencius, 1994).

Enfin, l'endommagement du cerveau peut causer l'apparition de dysfonctions sexuelles, telles l'inhibition du désir sexuel et les troubles de l'excitation sexuelle féminin et masculin. Précisons toutefois que la sexualité est affectée différemment selon la région cervicale touchée, des atteintes à l'hémisphère droit engendrant des modifications sexuelles de moindre importance (Price, 1988).

Tel que mentionné précédemment, la satisfaction sexuelle de la victime peut également être compromise par des séquelles attribuables au traumatisme crânien, telles des séquelles physiques, cognitives, caractérielles et psychologiques. De nombreuses atteintes physiques peuvent ainsi interférer avec la fonction sexuelle. Entre autres, la fatigue chronique et les céphalées peuvent favoriser une inhibition du désir sexuel ainsi que des perturbations à la phase d'excitation sexuelle. Pour sa part, Ferrey (1995) considère que les difficultés érectiles secondaires au traumatisme crânien découlent surtout de l'état dépressif du blessé et d'un changement au niveau de son équilibre familial et relationnel. Quant à Gronwall, Wrightson et Waddell (1990), ils affirment que les problèmes d'érection sont fréquents, surtout durant les premiers temps suivants le traumatisme, la fatigue étant un facteur causal important. Les sensations d'étourdissement et la douleur peuvent également affecter les différentes phases de la réponse sexuelle humaine (Price, 1988).

D'autre part, les difficultés motrices peuvent empêcher l'adoption de certaines positions sexuelles, ce qui peut contraindre la montée de l'excitation sexuelle et, par conséquent, l'obtention de l'orgasme (Griffith et Lemberg, 1993). En ce qui concerne les problèmes de coordination, ces derniers peuvent rendre pénible l'exécution de caresses. Le plaisir sexuel peut ainsi être diminué. Pour sa part, la faiblesse musculaire qui accompagne régulièrement les difficultés de coordination complique la pratique de certaines activités sexuelles. Par exemple, elle peut empêcher la victime de se dévêtir ou de dévêtir son partenaire.

En conséquence, le déshabillage, en tant que préliminaire pouvant favoriser l'excitation sexuelle, est souvent absent du scénario sexuel. Aussi, il peut être difficile pour certaines personnes de maîtriser leurs mouvements. Elles peuvent ainsi porter involontairement des coups à leur partenaire, ce qui peut favoriser l'évitement des rapprochements intimes (Griffith et Lemberg, 1993). Ainsi, une diminution de la fréquence des relations sexuelles peut survenir.

La sexualité peut aussi être affectée par la mauvaise régulation de la température corporelle. En effet, ce dérèglement thermique peut rendre la victime particulièrement sensible au froid. La nudité devient alors désagréable pour elle, ce qui peut l'amener à conserver ses vêtements lors des rapprochements intimes. Le contact physique entre les partenaires est alors réduit (Griffith et Lemberg, 1993). À l'inverse, le contrôle inadéquat de la température peut favoriser une sensation de chaleur élevée qui provoque chez la victime une transpiration abondante. Elle peut ainsi se sentir moins attirante pour son partenaire ou ne pas avoir envie de s'entrelacer avec lui (Griffith et Lemberg, 1993).

La détérioration des récepteurs gustatifs, olfactifs, auditifs et visuels constitue une autre séquelle physique pouvant interférer avec la sexualité. En effet, l'atteinte de la capacité de la victime à percevoir par ses sens diminue ses possibilités d'être sexuellement éveillée et excitée par des expériences sensuelles (ex: voir son partenaire nu, sentir son parfum, l'entendre dire des mots à caractère romantique ou érotique, etc.). L'altération des sens peut donc aussi perturber les phases de la réponse sexuelle.

Tel que mentionné précédemment, le système endocrinien peut être affecté suite à un trauma au niveau du lobe frontal, ce qui engendre un déficit hypophysaire (Griffith et Lemberg, 1993).

Le déséquilibre hormonal ainsi provoqué peut être responsable d'une diminution des caractères sexuels secondaires et du développement d'une gynécomastie chez l'homme blessé. Chez les femmes, une galactorrhée et une aménorrhée peuvent être observées. Ces modifications corporelles peuvent donc influencer négativement la sexualité, que ce soit par la perturbation des phases de la réponse sexuelle ou par l'atteinte de l'identité sexuelle (Griffith et Lemberg, 1993).

Enfin, au niveau physique, la fertilité peut aussi être affectée par un mauvais fonctionnement de l'hypophyse et ce, chez les victimes des deux sexes. Les problèmes de fertilité peuvent donc causer un tort à la santé sexuelle, celle-ci impliquant, entre autres, l'exemption de déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions reproductrices (OMS, 1975).

Les altérations cognitives fréquemment observées suite à un dommage encéphalique, telles la baisse des capacités mnésiques, l'incapacité à prendre une décision, la confusion et le fait d'être facilement distrait, jouent négativement sur la sexualité. Entre autres, de nombreux comportements qui faisaient partie du script sexuel du couple et qui contribuaient à l'excitation des partenaires peuvent être oubliés ou effectués différemment. De cette façon, il est fréquent que les besoins de chacun ne soient plus rencontrés (Price, 1988). Les pertes de mémoire nuisent également à l'utilisation sécuritaire d'un moyen contraceptif, ce qui constitue une source de stress pour les partenaires qui ne désirent pas avoir d'enfants (Griffith et Lemberg, 1993).

La victime peut vivre de la frustration par rapport à la fréquence des relations sexuelles. Cette frustration peut, entre autres, être causée par ses pertes de mémoire à court terme, la victime oubliant qu'une rencontre sexuelle vient tout juste de se terminer. De cette façon, elle voit souvent ses demandes sexuelles refusées par son partenaire (Griffith et Lemberg, 1993).

À l'inverse, l'incapacité à prendre une décision fait en sorte que le blessé n'initie aucune relation sexuelle. En ce qui a trait à la confusion de certaines victimes, celle-ci peut nuire à la reconnaissance d'avances sexuelles qui leurs sont destinées. La confusion peut donc aussi se traduire par une baisse de la fréquence des relations sexuelles. Cette dernière peut également être diminuée par les difficultés d'orientation dans le temps, car elles compliquent la planification et/ou le respect de rendez-vous amoureux (Griffith et Lemberg, 1993).

Les difficultés de concentration, en tant que séquelle cognitive, peuvent être responsables d'une anorgasmie secondaire. Wesolowski et Zencius (1994) expliquent l'absence d'orgasmes par le fait que la personne blessée soit facilement distraite, à tel point qu'elle n'arrive pas à demeurer centrée sur ses sensations d'ordre sexuelle. L'excitation sexuelle n'atteint donc pas une intensité suffisamment élevée pour permettre l'obtention d'un orgasme.

Les problèmes de communication découlant d'un traumatisme crânien constituent également un obstacle important à la satisfaction sexuelle de la victime. En effet, puisque la victime éprouve de la difficulté à exprimer ses désirs, ses besoins et ses préférences sexuels à son partenaire, il est fréquent qu'elle vive des insatisfactions (Price, 1988). Le partage des sentiments avec son partenaire est aussi compromis par les difficultés de communication de la victime, ce qui est une source de frustration pour elle (Griffith et Lemberg, 1993). En fait, Blackerby (1990) considère que les déficits cognitifs et les problèmes de communication sont les séquelles les plus dommageables pour la sexualité.

En ce qui a trait aux séquelles d'ordre caractériel, celles-ci peuvent être responsables de la diminution des contacts sexuels entre les partenaires.

Selon Price (1988), les changements observés chez la victime, tels la dépendance, l'apathie et l'irritabilité, lui enlèvent tout

pouvoir de séduction, de sorte que son partenaire n'a pas envie de déployer des efforts afin de favoriser les rapprochements physiques avec la victime.

Les séquelles psychologiques produisent également un impact sur la sexualité, surtout par la perturbation du désir sexuel. Entre autres, le désir sexuel peut être diminué par une tendance paranoïaque chez la victime à percevoir la sexualité comme étant une activité potentiellement dangereuse pour sa santé qu'elle considère déjà précaire. Griffith et Lemberg (1993) identifient la dépression comme étant un facteur important dans l'inhibition du désir sexuel. Pour sa part, la baisse d'estime de soi affecte la sexualité de la victime par le développement du sentiment d'être indésirable. Étant donné sa faible estime de soi, celle-ci n'est donc pas encouragée à engager des démarches visant un rapprochement physique avec son partenaire (Blackerby, 1990).

Ferrey (1995) résume bien l'influence des séquelles d'un traumatisme crânien sur la sexualité:

l'ensemble des blessures physiques, des troubles comme les douleurs, la fatigue, l'insomnie et les symptômes dépressifs, caractériels et revendicatifs perturbent l'affection entre les conjoints, les capacités de communications, les minutes de rapprochement de calme et de sérénité. Tout cela entraîne une baisse des occasions de rapprochement et de réalisation dans la vie affective et sexuelle. (p. 252)

Bien que le traumatisme crânien et ses séquelles aient un effet incontestable sur la sexualité de la victime, Price (1988) considère que le degré d'ajustement sexuel post-traumatique est principalement déterminé par deux facteurs: la qualité de la vie sexuelle avant le traumatisme et l'attitude du partenaire face à la poursuite des activités sexuelles.

En terminant, moult séquelles peuvent être observées chez les blessés crâniocéphaliques et ce, pendant un temps variable. Bien que la sévérité du traumatisme crânien constitue un indicateur de la persistance des séquelles dans le temps, rappelons que chaque individu est différent et que des facteurs influencent la récupération. Cette dernière peut donc demeurer incomplète. Ferrey (1995) dresse d'ailleurs un portrait de la vie menée par un traumatisé crânien:

Le patient inactif se sent incapable non seulement de toute activité professionnelle, mais aussi de toute mobilisation en vue d'une action dans la vie quotidienne, le patient ne sort plus de chez lui, va du lit au fauteuil, souffre de céphalées et de vertiges qui empêchent tout contact avec le monde extérieur, le bruit, les conversations sont évitées, l'activité intellectuelle est impossible du fait du manque de mémoire, de l'impossibilité de maintenir l'attention. L'anxiété, la tristesse sont difficilement exprimées, le patient ne peut et ne veut expliquer son état que par l'accident, le préjudice subi, les lésions cérébrales non reconnues. Il se place en victime impuissante et qui a dû abandonner toutes ses prérogatives sociales et familiales. Ainsi, lorsque sa femme l'accompagne aux consultations, elle s'explique à sa place, tient la comptabilité des formalités et des déficits et l'enferme dans une passivité totale (p. 167).

La victime ainsi que son entourage doivent alors accepter que la vie telle que connue avant l'accident n'existera jamais plus (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

1.3 Impact d'un traumatisme crânien sur l'entourage du blessé

Le traumatisme crânien, en tant qu'événement inopiné, constitue une situation douloureuse et inquiétante pour les proches (Ferrey, 1995). De par les réaménagements multiples qu'il occasionne, le traumatisme crânien touche directement l'entourage. En fait, les auteurs sont unanimes: le traumatisme crânien concerne aussi la famille (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

Afin de définir le terme entourage, nous avons adopté la signification donnée par le dictionnaire «Petit Robert» selon laquelle il s'agit des «personnes qui entourent habituellement quelqu'un et vivent dans sa familiarité» (Petit Robert, 1996, p. 778). Par conséquent, nous incluons le conjoint dans cette appellation, considérant qu'il entretient des contacts quotidiens avec la victime.

Selon Colombel et Palem (1988), «le traumatisme déclenche une réaction, une crise, puis un drame avec ses acteurs, sa scène et ses thèmes» (p. 9). L'homéostasie du système familial est ébranlée, ce qui provoque une détresse chez tous ses membres. Le sentiment de détresse serait existant, peu importe la gravité du trauma (Sachs, 1991). Cette réaction émotive présente dans l'entourage serait due, entre autres, aux rôles que le traumatisme octroie soudainement aux membres du système. En effet, l'entourage devient pour le blessé sa principale source de support, de socialisation et d'assistance (Sachs, 1991). D'autre part, Sachs (1991) compare l'entourage d'une victime d'un traumatisme crânien à une famille de réfugiés, au sens où il doit délaissier le confort de sa routine afin d'affronter une réalité inconnue et effrayante. Les proches voient de plus leur qualité de vie affectée par les handicaps permanents présents chez la victime (Lezak, 1978). En fait, les membres de l'entourage souffrent autant que le blessé lui-même (Chance, 1986).

Tout comme les séquelles vécues par les blessés, les conséquences du traumatisme crânien sur la famille sont d'ordre émotif, psychologique et social. Des problèmes supplémentaires spécifiques au statut de conjoint sont par ailleurs relevés au niveau conjugal. Nous aborderons donc l'impact d'un trauma crânien sur les membres de la famille en général pour ensuite nous pencher plus précisément sur les contrecoups vécus par le conjoint des victimes.

1.3.1 Impact sur la famille de la victime

Généralement, la compassion ressentie au début à l'égard de la victime se transforme par la suite en gêne pour l'entourage (Ferrey, 1995). En fait, la joie vécue à l'annonce que la vie de la victime est hors de danger se transforme en impatience, en exaspération et en haine devant les faibles améliorations observées chez la victime qui, en contre partie, se montre de plus en plus irritable et demandante. Il arrive également que les membres de la famille se sentent responsables de ce qui arrive à l'être aimé. Cette culpabilité est d'ailleurs augmentée lorsque la victime a des comportements inconvenants, les proches étant convaincus qu'ils sont le reflet de leurs propres défauts (Lezak, 1978). Ils se sentent honteux devant ce qu'ils perçoivent comme étant leur échec personnel (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). De plus, de par la modification radicale de l'équilibre familial, les besoins d'un seul membre prennent une importance immense au détriment de ceux des autres. Les personnes de l'entourage peuvent alors se sentir négligées (Sachs, 1991).

Au plan psychologique, les proches vivent un niveau de tension élevé, surtout lorsque la victime présente des séquelles à long terme. Cette tension affecte la capacité de la famille à s'ajuster à leur nouvelle situation familiale et à répondre aux responsabilités quotidiennes qu'elle implique (Sachs, 1991). L'état d'exaspération se retrouve d'ailleurs souvent chez les proches de la victime (Lezak, 1978).

La dépression est reconnue par la majorité des auteurs comme étant quasi inévitable chez les proches de la victime (Lezak, 1978). Pour certains, la dépression est chronique alors que pour d'autres, les épisodes dépressifs viennent et vont en fonction des progrès et des régressions de la victime. La dépression serait moindre s'ils arrivaient à atteindre, malgré leur situation, un certain niveau de liberté et de satisfaction (Lezak, 1978).

Au niveau social, les membres de la famille peuvent se sentir isolés, devant demeurer à la maison afin de s'occuper du blessé ou préférant ne plus sortir en sa compagnie de par ses comportements embarrassants ou ses peurs irrationnelles (Lezak, 1978). Les altérations cognitives, ainsi que les changements comportementaux chez la victime entraînent souvent la nécessité d'une supervision constante de la part de ses proches et les encouragent à rester cloîtrés (Zeigler, 1987). Même lorsque des contacts sociaux sont maintenus, les proches peuvent se sentir isolés, personne ne comprenant suffisamment leur situation pour leur exprimer une réelle empathie. Ce sentiment d'isolement est souvent exacerbé par l'abandon de la famille élargie qui, après un certain temps, se lasse d'entendre parler de leurs difficultés (Lezak, 1978). Dix ans après le traumatisme, le deux tiers des victimes n'ont pas de contacts en dehors de leur famille immédiate, ce qui constitue un poids pour leurs proches (Thomsen, 1984).

Mentionnons toutefois que les handicaps physiques et les limites intellectuelles ne contribuent pas autant à la détresse familiale que les désordres cognitifs et les changements caractériels (Lezak, 1978). En fait, tout changement au niveau du caractère, aussi minime soit-il, telle une plus grande irritabilité ou une baisse de dynamisme, a des répercussions contraignantes sur le système familial (Lezak, 1978). Les séquelles cognitives auraient aussi un impact majeur sur le déroulement habituel des activités, sur la répartition des tâches ménagères ainsi que sur les modèles de communication établis préalablement au trauma (Sachs, 1991).

1.3.2 Impact sur le conjoint de la victime

Les conjoints des victimes d'un trauma crânien sont, quant à eux, confrontés à des problèmes particuliers (Sachs, 1991). Contrairement aux parents du blessé, le partenaire n'a pas connu son conjoint alors qu'il était enfant. Le partenaire a donc de la difficulté à s'ajuster aux comportements enfantins et impulsifs observés chez son conjoint, n'ayant aucun repère dans ses souvenirs auquel se référer. Il peut aussi se sentir confus face à cet étranger qu'est devenu son compagnon de vie (Sachs, 1991). La confusion vécue par le conjoint de la victime est davantage augmentée par les décisions qu'il a dorénavant à prendre pour elle, lui qui était habitué de vivre une relation d'interdépendance (Sachs, 1991).

Tel que mentionné précédemment, le développement d'un syndrome dépressif est fréquent chez les membres de l'entourage de la victime. En ce qui concerne son conjoint, ce dernier serait davantage susceptible de vivre ce trouble de l'humeur (Lezak, 1978). L'apparition de la dépression serait influencée par la nature des limites sociales et psychologiques présentes chez son partenaire et par la fréquence de ses espoirs déçus (Lezak, 1978).

Il est également fréquent que les conjoints formulent la plainte selon laquelle ils craignent de devenir fous devant ce qu'ils perçoivent comme la perte de leur conjoint et de leur famille. En fait, ils livrent un perpétuel combat contre la frustration, la déception, la fatigue et la dépression (Lezak, 1978). Zeigler (1987) considère par ailleurs que seul un certain détachement émotif peut permettre aux conjoints de ne plus vivre de la culpabilité par rapport à la victime et de déployer des efforts afin de rebâtir une vie satisfaisante.

La modification des rôles traditionnels à l'intérieur du couple est inévitable et souvent permanente de par les nombreuses limites présentes chez le blessé (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). Au sein de certains couples, la modification des rôles est complète au point où le conjoint remplace le blessé dans toutes ses actions, ses prérogatives et mêmes ses revendications. Selon Ferrey (1995), cette tendance s'observe surtout chez les femmes. La modification des rôles implique que le partenaire non blessé doit assumer à lui seul une multitude de responsabilités (ex: tâches ménagères, prises de décisions, obligations financières, éducation des enfants, etc.) (Zeigler, 1987). Aux responsabilités s'ajoutent les soins particuliers que requière la condition de la victime.

Malgré les soins qu'il prodigue à l'égard de la victime, le conjoint se heurte continuellement à son humeur déplaisante ainsi qu'à

ses plaintes, ce qui rend la situation davantage pénible. La situation est d'autant plus difficile car, dans plusieurs cas, la médecine ne peut mesurer avec précision la gravité des atteintes. Devant l'inexactitude des résultats médicaux, les conjoints se sentent trahis par la victime, ne comprenant pas pourquoi elle ne reprend pas ses responsabilités si elle n'a rien de sérieux. Ce sentiment de trahison présent chez les conjoints provoque alors de l'impatience envers la victime (Lezak, 1978).

Le rôle du conjoint se complique davantage lorsque le couple a des enfants. Soudainement, le partenaire en santé devient le chef d'une famille monoparentale, tout en étant en couple. Ce rôle, selon Sachs (1991), constitue une source de stress importante pour le partenaire, car il n'a aucune certitude quant à la récupération de la victime. Il a alors l'impression qu'il sera la seule personne à assurer la totalité des soins aux enfants ainsi que leur éducation.

En plus d'être seul pour assumer le rôle de parent, il n'est pas rare que le conjoint ait l'impression qu'il a un enfant supplémentaire à sa charge. En effet, la relation conjugale qui habituellement en est une de complicité et d'interdépendance prend plutôt l'allure d'une relation de dépendance parent-enfant suite à un traumatisme crânien. En fait, les conjoints ne sont plus partenaires. Il y a maintenant un aidant et un aidé (Wesolowski et Zencius, 1994). Par le fait même, les règles conjugales sont déstabilisées et l'amour unissant les deux partenaires se modifie souvent en amour parental (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990).

D'autre part, le conjoint est particulièrement susceptible de devenir la cible d'attaques de la part de la victime. En effet, plusieurs victimes, frustrées et apeurées par leur condition, sentent qu'elles sont un fardeau sans valeur pour leur conjoint. En fait, elles se sentent diminuées par les attentions qu'elles requièrent, tout en craignant de perdre cette aide. Comme leur partenaire devient la preuve vivante qu'elles sont maintenant incompetentes et dépendantes, celui-ci devient une cible de choix. Les attaques dirigées à l'égard du conjoint de la victime prennent généralement la forme de dépréciation, d'accusations d'infidélité, de rejet, d'hostilité, de demandes et de plaintes interminables. Bien que cela soit plutôt rare, il arrive que la victime devienne agressive physiquement envers son conjoint (Lezak, 1978).

Une autre difficulté rencontrée par les conjoints de victime consiste au fait qu'ils se retrouvent sans compagnon. En effet, ils n'ont plus de partenaire avec lequel ils peuvent vaquer à des activités, celui-ci n'étant plus apte à le faire, sans être libre d'en rencontrer un. Ils forment donc une catégorie à part, n'étant ni totalement en couple, ni totalement célibataire (Lezak, 1978).

De plus, en ce qui concerne les couples mariés, la contrainte la plus importante à laquelle se heurte le conjoint est qu'il a uni sa destinée à celle de la victime «jusqu'à ce que la mort les sépare». Contrairement à un parent qui peut anticiper l'indépendance de son enfant et la fin des responsabilités que l'acquisition de cette indépendance implique, l'époux prévoit une relation de dépendance et ce, pour le reste de leur vie. La nature même de la relation dans laquelle il s'est engagé se trouve alors modifiée par le traumatisme crânien.

Bien que la mort n'ait pas séparé les deux époux, le conjoint bien portant a perdu à jamais son partenaire. Cependant, le conjoint ne peut vivre décemment son deuil, car le corps de l'être aimé demeure. D'ailleurs, Zeigler (1987) qualifie les conjoints des victimes d'un traumatisme crânien de «veufs» mariés. En ce sens, ceux-ci ne peuvent divorcer avec dignité et bonne conscience, car ce geste pourrait être vu comme de l'insensibilité par l'entourage et la société en général (Lezak, 1978). Il est alors fréquent que le traumatisme crânien ait pour conséquence de prolonger une union houleuse, le conjoint craignant la réprobation d'autrui, tout en vivant de la culpabilité face à la victime (Lezak, 1978). Griffith et Lemberg (1993) croient d'ailleurs que les divorces sont moins fréquents que l'éloignement conjugal provoqué par le fait que le blessé devient étranger à son partenaire. Selon Lezak (1978), le sentiment d'être pris dans la relation est un phénomène quasi universel chez les partenaires des victimes. Les conjoints non affectés développent alors souvent une ambivalence face à la relation avec leur partenaire (Sachs, 1991).

Dans une étude menée auprès d'un groupe de victimes d'un traumatisme sévère, Thomsen (1984) note, pour sa part, une incidence élevée de divorces. En fait, sept des neuf individus mariés lors de l'accident étaient divorcés lors du suivi effectué dix ans après le traumatisme crânien.

Les époux qui ont pris la décision de mettre un terme à leur union rapportent l'avoir fait parce que leur partenaire était devenu pour eux un parfait inconnu. De même, ils ne réussissaient pas à s'adapter aux divers changements de personnalité observés chez leur conjoint, tels l'agressivité, l'irritabilité et l'enfantillage. Considérant qu'ils se retrouvaient seul comme adultes à l'intérieur du couple, ils ont décidé de divorcer.

En fait, l'impact du traumatisme crânien se fait sentir progressivement sur le conjoint. Avec le temps, il devient épuisé physiquement et émotionnellement et isolé socialement (Griffith et Lemberg, 1993). Le conjoint vit donc une situation difficile, sans avoir le soutien et l'affection de son partenaire, puisque ce dernier n'est plus disponible. Cependant, en tant que la principale source de support, il doit continuer à encourager son partenaire qui est maintenant dépourvu de toute motivation (Zeigler, 1987).

En plus des difficultés décrites précédemment, la modification de la dynamique conjugale se répercute dans les relations émotives et sexuelles (Sachs, 1991), ce qui constitue pour le conjoint un autre obstacle important à une relation conjugale satisfaisante (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). Même les relations conjugales les plus solides se voient perturbées par les complications sexuelles qui font suite à un traumatisme crânien (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). En fait, comme le mentionne Ferrey (1995), «le traumatisme et ses conséquences modifient les relations dans le couple, un des partenaires prend la place du blessé, du handicapé, du sujet souffrant et l'atmosphère affective s'en trouve radicalement affectée» (p. 252).

En ce qui a trait au partenaire, ce dernier voit souvent ses besoins affectifs et sexuels non comblés (Price, 1988). Ses insatisfactions affectives et sexuelles proviendraient, entre autres, de la tendance égocentrique de la victime.

En effet, étant insensible aux besoins des autres, la victime n'est pas motivée à répondre aux demandes formulées par son conjoint (Lezak, 1978). D'autre part, même lorsque le blessé se montre attentif aux désirs de son partenaire, il est fréquent qu'il ne puisse y répondre, ne se sentant pas alors suffisamment bien pour participer à une rencontre sexuelle (Lezak, 1978). De même, les problèmes qu'éprouve la victime à comprendre ce qui est dit par autrui favorisent l'incompréhension des demandes formulées par son partenaire. Encore une fois, les besoins du partenaires peuvent ne pas être comblés (Wesolowski et Zencius, 1994).

La faiblesse musculaire, tout comme l'état d'inertie, représentent d'autres obstacles à la satisfaction des besoins sexuels du conjoint. En effet, ils empêchent la victime de participer activement aux rapprochements intimes. Ainsi, même si la victime manifeste un intérêt sexuel, le conjoint est celui qui détient la responsabilité des contacts physiques (Griffith et Lemberg, 1993). N'étant que rarement sollicité amoureusement et sexuellement par la victime, il est fréquent que le conjoint devienne frustré et qu'il ne se sente pas aimé (Griffith et Lemberg, 1993).

Par ailleurs, les comportements sexuels inappropriés et les propos vulgaires de la victime sont d'autres conséquences du trauma qui ont pour effet de rebuter le conjoint. L'envie de vivre un rapprochement sexuel avec la victime est ainsi diminuée (Griffith et Lemberg, 1993).

L'augmentation des responsabilités pour le conjoint bien portant produit régulièrement chez lui un épuisement physique et psychologique. Selon Griffith et Lemberg (1993), il n'est pas rare que cet épuisement engendre une inhibition du désir sexuel chez lui. Ces auteurs considèrent également que le stress inhérent à la situation post-traumatique est un facteur favorisant la perturbation du désir sexuel.

En fait, le stress vécu par le conjoint peut amener le développement de symptômes physiques, tels des céphalées. Tout comme la victime, le conjoint peut alors vivre des difficultés sexuelles et ce, pour toutes les phases de la réponse sexuelle (Griffith et Lemberg, 1993).

Au niveau conjugal, le sentiment d'engagement entre les conjoints peut être affecté par les pertes de mémoire de la victime, cette dernière ayant oublié tous les beaux moments vécus en compagnie de son conjoint (Griffith et Lemberg, 1993). La qualité du lien unissant les partenaires peut aussi être diminuée par les divers déficits du blessé. En effet, celui-ci peut perdre tout intérêt pour les activités qu'il aimait pratiquer avec son conjoint auparavant ou ne plus avoir les capacités nécessaires pour le faire (ex: les problèmes auditifs et moteurs empêchent la victime de danser avec son conjoint). Les activités plaisantes de couple se trouvent ainsi réduites, ce qui peut nuire à la qualité de la relation (Griffith et Lemberg, 1993). La qualité de la relation conjugale peut de plus être affectée par les problèmes de communication éprouvés par la victime. La mauvaise communication occasionne des frictions qui laissent l'atmosphère tendue entre les conjoints. De même, le manque d'habileté de la victime à exprimer ses sentiments par la modification de son ton de voix peut amener le conjoint à croire qu'elle est indifférente à son égard. Bref, la mauvaise communication entre les partenaires contribue à la détérioration de la relation conjugale (Griffith et Lemberg, 1993).

Selon Lezak (1978), l'affection et la sexualité entre les conjoints sont d'autant plus affectées lorsque la victime souffre d'une paranoïa qui l'amène à accuser son conjoint d'infidélité dès qu'il est hors de son champ de vision. Ces accusations entraînent l'émergence de conflits conjugaux entre les deux partenaires. En fait, Griffith et Lemberg (1993) considèrent que les conjoints vivent autant d'insatisfactions et de difficultés que les victimes aux niveaux affectif et sexuel.

Selon Wesolowski et Zencius (1994), le taux de divorce relativement élevé parmi les survivants d'un traumatisme crânien et le niveau d'insatisfaction conjugale confirment la nécessité d'intervenir au niveau de la sexualité de ces couples et de leur relation. L'importance d'une telle intervention est par ailleurs corroborée par Griffith et Lemberg (1993) qui concluent, suite à leurs travaux, qu'une vie sexuelle et conjugale satisfaisantes sont nécessaires à l'augmentation de l'estime de soi des victimes, sentiment qu'ils considèrent essentiel à l'accomplissement de réalisations personnelles, professionnelles et sociales.

À la lumière de ces données, nous croyons que l'identification des facteurs individuels et relationnels sur lesquels il serait important de travailler lors d'une démarche sexothérapeutique de couple est nécessaire pour être en mesure d'aider adéquatement les victimes d'un traumatisme crânien et leur conjoint dans le recouvrement d'une vie conjugale et sexuelle satisfaisantes. Afin d'identifier ces facteurs, nous avons procédé à une analyse de cas en cherchant à répondre à la question suivante: quels sont les éléments sur lesquels il est important d'intervenir lors d'une thérapie sexologique de couple impliquant une victime d'un traumatisme crânien?



Faites connaître vos services.
Annoncez sur InfoSexoWeb.

Nos visiteurs sont intéressés par vos services!

[Retour à l'accueil d'InfoSexoWeb](#)

[hit.parade](#)

Hebdotop
#Code obsolète

[✕ annuaire](#)