

É

Projets spéciaux

Études et recherches

■ RAPPORT R-710



Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers

Volet prospectif

*André Marchand
Richard Boyer
Céline Nadeau
Mélicca Martin*



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour.

De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.
www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST.
Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2011
ISBN : 978-2-89631-578-9 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
octobre 2011



Projets spéciaux

Études et recherches

■ RAPPORT R-710

Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers

Volet prospectif

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

André Marchand^{1 3}, Richard Boyer^{2 3}, Céline Nadeau¹, Mélissa Martin¹

¹Université du Québec à Montréal

²Université de Montréal

³Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient tous les participants de l'étude de même que les personnes suivantes :

Collaborateurs :

Dr Normand Martin, Ph. D., Psychologue, Chef de section au Programme d'aide aux policiers et policières de la Ville de Montréal

Service de police de Longueuil

Service de police de Saint-Jean sur le Richelieu

Régie intermunicipale de police de la Rivière-du-Nord

Charles Plante, Conseiller à l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « affaires municipales » (APSAM)

Charles Gagné, Conseiller en valorisation et professionnel scientifique, Service valorisation et relations avec les partenaires de l'IRSST

Comité aviseur :

Dr Normand Martin, Ph. D., Psychologue, Chef de section au Programme d'aide aux policiers et policières de la Ville de Montréal

M. Yves Francoeur, Président à la Fraternité des policiers et policières

M. Mario Lanoie, Vice-Président à la Fraternité des policiers et policières, Recherche et communications

M. Robert Boulé, Vice-Président à la Fraternité des policiers et policières, Prévention et relations avec les membres

M. Benoit Traversy, Commandant, Direction du support administratif

M. François Landry, Chef de service, Service des ressources humaines

Consultant :

Dr Stéphane Guay, Ph. D.

Analyses statistiques :

Dr Dominic Beaulieu-Prévost, Ph. D.

Assistants de recherche :

Mme Sophie Lacerte, B. Sc.

Mme Myra Gravel Crevier, B. Sc.

Mme Kim Regaudie, B. Sc.

Évaluateurs :

Mme Mélissa Martin, Ph. D.

Mme Joannie Poirier-Bisson, B. Sc.

Mme Roseline Massicotte, M. Ps.

Mme Marie-Josée Lessard, M. Ps.

Mme Myra Gravel Crevier, B. Sc.

Mme Mariko Chartier-Otis, M. Ps.

Mme Andréa Leduc, M. Ps.

Mme Sandra Primiano, M. Ps.

M. Guillaume Foldes-Busque, Ph. D.

SOMMAIRE

Problématique de santé et sécurité du travail et objectifs spécifiques du projet : Ce projet de recherche vise à mieux comprendre le développement de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT), à la suite d'un accident de travail, par l'étude des facteurs de risque et de protection qui y sont associés. Il provient d'une demande du milieu policier où les travailleurs sont fréquemment exposés à des événements traumatiques (ÉT). Les chercheurs posent l'hypothèse que les facteurs péri et post-traumatiques pourront mieux expliquer le développement de l'ÉSPT et l'adaptation aux ÉT vécus par le personnel exposé que les facteurs pré-traumatiques. Cette étude est originale, car elle s'intéresse aux facteurs de protection peu étudiés, fait la distinction entre trois niveaux de facteurs (pré, péri et post-traumatiques) et porte sur des policiers québécois. Elle est inédite, car elle inclut autant des hommes que des femmes et elle comprend un volet *rétrospectif* et un volet *prospectif* complémentaire et essentiel à une meilleure compréhension des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT. Le présent rapport de recherche présente principalement les résultats du volet *prospectif*, mais il fait le lien avec les données obtenues dans le rapport de recherche rétrospectif [1].

Méthodologie : Quatre-vingt-trois policiers du Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM) et d'autres corps policiers ont pris part, sur une base volontaire, à l'étude *prospective* à mesures répétées (devis quasi-expérimental). Ils ont tous été impliqués dans un événement majeur entre les mois de mai 2006 et mai 2010. Ils ont été évalués en moyenne entre 5 et 15 jours, 1 mois, 3 mois et 12 mois après l'événement. Les mêmes instruments de mesure que lors de l'étude rétrospective ont été utilisés. Des entrevues semi-structurées ainsi que des questionnaires auto-rapportés ont été utilisés afin de déterminer la présence ou non d'un ÉSPT et d'évaluer divers facteurs prévisionnels associés au développement de ce trouble. Les instruments ont été choisis pour leurs qualités psychométriques et cliniques et parce qu'ils permettent de tester adéquatement les hypothèses de recherche. Des analyses statistiques multivariées ont contribué à préciser les principaux facteurs prévisionnels en jeu et la force de leur impact sur la modulation de l'ÉSPT.

Résultats : Les résultats de l'étude *prospective* démontrent que 3 % des policiers ont souffert d'un ÉSPT clinique, alors que 9 % ont vécu un ÉSPT partiel. Par contre, les données provenant de l'étude rétrospective montrent que 7,6 % des policiers de l'échantillon ont souffert d'un ÉSPT clinique, alors que 6,8 % ont éprouvé un ÉSPT partiel. Au niveau du volet *prospectif*, les résultats des analyses de régression indiquent que les facteurs de risque au niveau post-traumatique (c.-à-d., les symptômes d'état de stress aigu (ÉSA) et de la dépression) sont les prédicteurs les plus saillants. Les facteurs de risque pré-traumatiques (la stratégie de gestion du stress au niveau émotionnel) et péri-traumatiques (la détresse péri-traumatique et la dissociation) sont moins proéminents, mais demeurent néanmoins des facteurs de risque significatifs. Nous n'avons pas observé de facteurs de protection associés négativement avec les symptômes de l'ÉSPT. Les résultats d'une régression logistique multiple lors de l'étude *rétrospective* indiquent que les facteurs de risque et de protection au niveau péri-traumatique (c.-à-d., la dissociation et le soutien social pendant l'événement) sont les prédicteurs les plus prépondérants. Les résultats des analyses descriptives dans l'étude rétrospective démontrent que les policiers ont recours à divers moyens et stratégies d'adaptation pour faire face à un événement critique au travail. Les policiers mentionnent que d'en parler aux collègues, obtenir leur soutien et avoir des loisirs sont des

aspects qui les aident particulièrement après un ÉT. Les policiers conseillent à leurs confrères qui vivent un tel événement d'en parler, de consulter un psychologue et sont eux-mêmes ouverts en majorité à l'idée de recevoir un tel service si besoin est.

Conclusions : Le faible taux de l'ÉSPT chez les policiers évalués dans cette étude contrairement aux attentes initiales démontre que les policiers paraissent résilients, malgré le fait qu'ils représentent une population à haut risque de vivre des ÉT dans le cadre de leur travail. Les résultats de cette étude confirment plusieurs connaissances actuelles que l'on retrouve dans la littérature portant sur diverses populations, dont les policiers. Puisque les facteurs associés avec le développement de l'ÉSPT chez les policiers (c.-à-d. la dissociation, les réactions émotionnelles et physiques, l'ÉSA, les symptômes dépressifs, les stratégies émotionnelles de gestion du stress) peuvent potentiellement être atténués ou prévenus, des interventions spécifiques et adaptées pourraient être développées afin de mieux cibler ceux-ci et ultérieurement mieux prévenir le développement de l'ÉSPT. Les facteurs qui sont associés avec l'adaptation suite au trauma (c.-à-d., la personnalité résistante au stress, le soutien social) peuvent, quant à eux, être développés ou améliorés grâce à des stratégies préventives qui ont avantage à être incluses dans des programmes de formation du personnel policier en général. Les résultats de cette étude pourront enrichir la formation donnée par le Programme d'aide aux policiers et policières (PAPP) du SPVM et d'autres corps policiers. De plus, les résultats viennent confirmer l'importance d'une approche préventive qui est déjà une pratique préconisée et appliquée par le PAPP. Cette approche pourrait également faire partie d'autres programmes d'aides aux employés dans le cadre d'autres corps policiers.

Retombées prévisibles : Cette étude, la première de ce type au Québec, pourrait servir de point de référence pour les prochaines recherches utilisant un échantillon de policiers québécois. Les connaissances acquises permettront de faciliter le dépistage et la prévention de l'ÉSPT. De plus, les recommandations formulées permettront au milieu policier de développer des stratégies susceptibles de favoriser, à la fois, le développement de mécanismes de protection face aux ÉT à venir et la diminution des facteurs de risque présents. Cette étude pourrait avoir des retombées importantes pour les différents groupes de travail qui sont également à haut risque d'être confrontés à des ÉT (les pompiers, les ambulanciers, les secouristes, les intervenants, etc.).

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1 Facteurs de risque pré-traumatiques.....	4
2.1.1 Chez la population générale.....	4
2.1.2 Chez la population policière.....	5
2.2 Facteurs de risque péri-traumatiques.....	5
2.2.1 Chez la population générale.....	5
2.2.2 Chez la population policière.....	6
2.3 Facteurs de risque post-traumatiques.....	7
2.3.1 Chez la population générale.....	7
2.3.2 Chez la population policière.....	7
2.4 Facteurs de protection pré-traumatiques.....	7
2.4.1 Chez la population générale.....	7
2.4.2 Chez la population policière.....	8
2.5 Facteurs de protection péri-traumatiques.....	8
2.6 Facteurs de protection post-traumatiques.....	9
2.7 Impact des divers facteurs prévisionnels dans la population.....	9
2.8 Limites et portée des connaissances actuelles.....	10
2.9 Objectif général de la recherche.....	11
2.10 Hypothèses de recherche.....	12
3. MÉTHODES DE RECHERCHE.....	13
3.1 Procédure.....	13
3.1.1 Policiers impliqués dans un ÉT.....	14
3.2 Instruments de mesure administrés.....	15
3.2.1 Mesure diagnostique de l'ÉSPT et des autres troubles mentaux.....	16
3.2.2 Mesure des facteurs pré-traumatiques.....	16
3.2.3 Mesure des facteurs péri-traumatiques.....	18
3.2.4 Mesure des facteurs post-traumatiques.....	19
3.3 Devis de recherche et variables étudiées.....	25
3.4 Taille de l'échantillon.....	25
3.5 Considérations éthiques.....	26
4. RÉSULTATS.....	27
4.1 Taux de participation.....	27
4.2 Données quantitatives.....	28
4.2.1 Analyses statistiques.....	28
4.2.2 Description des policiers impliqués dans un ÉT.....	28
4.2.3 Description de l'ÉT.....	29
4.2.4 Prévalence de l'ÉSA et de l'ÉSPT.....	31

4.3	Données prévisionnelles.....	32
4.3.1	Prédiction des symptômes de l'ÉSPT	32
4.3.1.1	Procédure de remplacement des données manquantes	32
4.3.1.2	Modèles d'analyses statistiques.....	33
4.3.1.3	Interprétation des modèles prédictifs des niveaux de symptômes d'ÉSPT au T2, T3 et T4.....	37
5.	DISCUSSION.....	40
5.1	Données quantitatives.....	40
5.2	Données prévisionnelles.....	42
5.2.1	Prédicteurs de l'ÉSPT.....	42
5.2.2	Détresse péri-traumatique et dissociation	45
5.2.3	Soutien social	46
5.2.4	La dépression, l'ÉSA et la gestion des émotions	48
5.3	Implications cliniques	49
5.3.1	Prévention primaire.....	49
5.3.2	Prévention secondaire	50
5.3.3	Évaluation	51
5.3.4	Prévention tertiaire.....	51
5.4	Limites et portée des résultats	52
5.5	Recherches futures.....	54
6.	CONCLUSION	57
7.	APPLICABILITÉ DES RÉSULTATS	58
8.	RETOMBÉES ÉVENTUELLES	58
9.	LISTE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES PRODUITS DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE SUBVENTION	59
10.	BIBLIOGRAPHIE.....	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques sociodémographiques des policiers exposés à un événement traumatique (n = 83).....	15
Tableau 2	Principales variables mesurées en fonction des différents moments de mesure.....	22
Tableau 3	Protocole de recherche pour l'étude prospective à mesures répétées.....	25
Tableau 4	Diagnostiques de l'ÉSA et de l'ÉSPT des participants pour chaque temps de mesure.....	32
Tableau 5	Description des variables statistiquement corrélées avec les scores à l'ÉMST au T2, T3 et T4.....	35
Tableau 6	Modèle prédictif du niveau de symptômes d'ÉSPT au T2 (n = 71).....	36
Tableau 7	Modèle prédictif du niveau de symptômes d'ÉSPT au T3 (n = 69).....	36
Tableau 8	Modèle prédictif du niveau de symptômes d'ÉSPT au T4 (n = 72).....	37
Tableau 9	Synthèse des principaux facteurs prévisionnels du volet prospectif et rétrospectif de l'étude.....	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Participants retenus pour chaque moment de mesure	27
Figure 2	Grades des policiers (n = 83)	29
Figure 3	Caractéristiques de l'événement traumatique (n = 83)	30
Figure 4	Émotions vécues pendant ou immédiatement après l'ÉT (n = 83)	31

1. INTRODUCTION

Les policiers¹ sont continuellement exposés, dû à la nature de leur travail, à des incidents qui se caractérisent par de l'imprévisibilité, par des menaces de danger quant à leur intégrité physique ou par le contact avec la mort (p. ex., les accidents de la route, les fusillades, les suicides, les homicides). En effet, une analyse provenant des données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) du Québec révèle que les policiers font partie des groupes de travailleurs les plus exposés à des actes violents en milieu de travail [2]. Les actes de violence au travail et les événements traumatiques (ÉT) peuvent entraîner des répercussions considérables au niveau du fonctionnement psychosocial et même engendrer un état de stress post-traumatique (ÉSPT) [3-5]. On observe des réactions de stress post-traumatique considérables chez près de 30 % des femmes et un peu plus de 15 % des hommes victimes d'actes violents subis dans l'exercice de leur travail [2]. Ces chiffres indiquent que le stress post-traumatique s'avère être le type d'atteinte le plus fréquent pour l'ensemble des travailleurs. Comme souligné par les auteurs [2], la recherche dans le domaine doit être orientée de façon à réduire les risques et les conséquences de cette problématique auprès des groupes de travailleurs les plus affectés, par exemple les policiers et les policières.

Le présent projet, qui provient d'une demande d'aide de la part du Programme d'aide aux policiers et policières (PAPP) du Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM) et du comité paritaire du SPVM, propose d'identifier les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT afin de pouvoir mieux prévenir ce trouble. Par ailleurs, le projet de recherche se retrouve exactement dans la direction où l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur « affaires municipales » (APSAM) veut se positionner. En effet, l'APSAM, qui a pour mission de développer des moyens de protéger la santé, la sécurité, l'intégrité physique et de faciliter la prise en charge par le milieu, se sensibilise de plus en plus aux risques psychosociaux du monde policier et aimerait aborder la question des traumatismes que peuvent subir les policiers dans l'exercice de leurs fonctions [6]. Ainsi, l'APSAM a donné également son appui dans l'application du projet de recherche.

Avant de poursuivre, il est important de bien expliquer ce qu'est l'ÉSPT. Ce trouble se caractérise par une réaction de stress à la suite d'un événement ayant un caractère traumatique. L'expérience est considérée traumatique dans la mesure où la personne est victime, témoin ou confrontée à un ou des événements qui représentent une menace pour sa vie ou pour son intégrité physique ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. De plus, la personne doit avoir réagi face à cette expérience avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur [7]. Les policiers sont exposés à des environnements dangereux dans lesquels ils sont susceptibles de vivre des ÉT². Au SPVM, on rapporte environ neuf événements majeurs par année (c.-à-d. un événement qui implique au moins quatre policiers) et au-delà d'une cinquantaine d'incidents

¹ Le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le genre.

² Le terme événement traumatique sera employé tout au long de ce rapport afin de désigner tout événement qui a un potentiel traumatisant. Un événement traumatique ne mène pas nécessairement à des réactions post-traumatiques. Un incident critique ou un événement majeur, tel qu'utilisé dans le jargon policier, est considéré comme un événement de nature potentiellement traumatique.

critiques individuels et spécifiques de nature traumatique par année (comité paritaire du SPVM, communication personnelle, 6 juin 2003).

2. PROBLÉMATIQUE

Le taux de prévalence à vie de l'ÉSPT chez les groupes à haut risque de vivre un ÉT se situe habituellement entre 30 % et 45 % [8], alors que la prévalence de l'ÉSPT chez la population générale se situe entre 7 % et 8 % [9, 10]. Les policiers constituent une population à haut risque d'être exposée à un ÉT et de développer par la suite un ÉSPT. Tandis que certaines études rapportent des taux de prévalence de l'ÉSPT plus élevés pour la population policière comparativement à la population générale (13% - 35%; [11-14]), d'autres observent plutôt des taux de prévalence similaires entre les deux groupes (6% - 9%; [15-19]). Ainsi, certains corps policiers ne semblent pas plus à risque de développer un ÉSPT que la population générale, même s'ils sont plus fréquemment exposés à des ÉT. Parmi ces études, aucune n'a été effectuée auprès de policiers canadiens, ni québécois. On ne retrouve donc aucune donnée à ce jour sur la prévalence de l'ÉSPT chez la population policière canadienne et québécoise. Néanmoins, en ce qui concerne les lésions indemnisées par la CSST entre 2000 et 2002, le nombre de dossiers de stress post-traumatique chez les policiers est quatre fois plus important par rapport à celui de l'ensemble des travailleurs au Québec [20].

L'ÉSPT entraîne chez l'individu des comportements d'évitement persistants face aux stimuli associés à l'événement ainsi qu'un émoussement des réactions générales, des symptômes soutenus d'activation neurovégétative, la reviviscence de manière incessante de l'événement traumatique et une altération importante du fonctionnement (c.-à-d. des difficultés au travail ou dans ses relations interpersonnelles) [7]. Au plan psychologique, la souffrance engendrée par l'ÉSPT peut être si élevée que suite au développement de ce trouble, des problèmes d'anxiété, de dépression, d'abus de psychotropes, le divorce et même le suicide chez les policiers peuvent apparaître [21, 22]. Au niveau de la santé physique, l'impact d'une expérience traumatique peut se traduire par un recours accru aux services de santé et de la consommation de médicaments. Sur le plan du travail, les conséquences de ce trouble psychologique se manifestent par des coûts exorbitants pour l'individu et l'organisation : performance appauvrie et absentéisme au travail, augmentation plus importante des prestations d'indemnisation, des réclamations faites aux assurances, à la CSST ou à d'autres organismes gouvernementaux [23, 24].

Bien que l'expérience d'un ÉT constitue une condition nécessaire au développement de l'ÉSPT, il n'en demeure pas moins qu'il ne s'agit pas d'une condition suffisante. En fait, le retour ou non à une vie normale après un ÉT est souvent fonction de la présence ou de l'absence de différents facteurs qui modulent les réactions post-traumatiques. Entre autres, les facteurs de risque contribuent à la probabilité que l'exposition à un ÉT ait des conséquences à long terme sur la santé psychologique de l'individu. Ils sont associés avec le développement, le maintien ou l'exacerbation de la symptomatologie post-traumatique. À l'opposé, les facteurs de protection facilitent l'adaptation à la suite d'un ÉT en prévenant les symptômes post-traumatiques ou en atténuant leur intensité [25]. Une meilleure connaissance des différents facteurs prévisionnels de la symptomatologie post-traumatique permettra de mieux prévenir l'émergence d'un ÉSPT chez les policiers et d'intervenir de façon plus adéquate auprès des personnes qui en souffrent. En fait, la prévention de l'ÉSPT chez les policiers est primordiale puisqu'ils sont constamment exposés à des ÉT qui risquent de susciter des réactions post-traumatiques [26].

Le présent projet de recherche qui se trouve à être le deuxième volet de l'étude, c'est-à-dire le volet *prospectif*, propose donc d'identifier clairement les facteurs de risque ainsi que les facteurs de protection impliqués dans la modulation de l'ÉSPT, à la suite d'un événement traumatique, afin de mieux prévenir le développement de ce trouble chez une population policière. Dans les paragraphes suivants, l'état des connaissances au niveau des facteurs prévisionnels sera exposé. Il est à noter que ces facteurs peuvent être répartis à l'intérieur de trois catégories distinctes, soit les facteurs pré-traumatiques (les caractéristiques préexistantes au trauma), péri-traumatiques (les particularités présentes lors de l'ÉT et immédiatement après) et post-traumatiques (les caractéristiques qui surviennent suite au trauma). Bien que la liste des facteurs identifiés ne soit pas exhaustive, les facteurs prévisionnels les plus pertinents et ceux qui ont obtenu jusqu'à présent un appui empirique important dans la modulation de la réaction post-traumatique sont rapportés sommairement dans les sections suivantes. Le chapitre de livre de Martin, Germain et Marchand [27] offre une recension plus complète des facteurs de risque et de protection.

2.1 Facteurs de risque pré-traumatiques

2.1.1 Chez la population générale

Chez diverses populations, des antécédents psychiatriques et psychologiques personnels et familiaux (p. ex., un abus de substance, un problème de dépendance, de la dépression, de l'anxiété) ou des traumatismes passés (p. ex., un abus physique ou sexuel) constituent des facteurs de risque pour le développement de l'ÉSPT [28-31]. Également, adhérer fortement aux croyances fondamentales d'un monde bienveillant, juste et logique et croire en sa valeur et en son invulnérabilité personnelle pourrait provoquer des symptômes plus pathologiques à la suite d'un ÉT [32]. L'invalidation de ces conceptions par l'expérience traumatique et les difficultés d'intégration de l'expérience pour la victime favoriseraient le développement et le maintien des symptômes de l'ÉSPT [32].

Le genre féminin serait associé à une plus grande vulnérabilité de développer un ÉSPT [30, 33, 34] et à ce qu'il devienne chronique [31]. Toutefois, les ÉT que vivent les femmes diffèrent de ceux vécus par les hommes. En effet, les femmes sont plus susceptibles de subir des agressions sexuelles alors que les hommes subissent davantage d'agressions physiques [9, 33]. L'événement en soi, plutôt que le genre pourrait induire une plus grande vulnérabilité. Toutefois, même lorsque l'on contrôle pour le type de trauma vécu, il semble que les femmes demeurent plus vulnérables que les hommes au développement d'un ÉSPT [9, 35]. Par contre, d'autres études ne trouvent aucune association entre le genre et l'ÉSPT [36-38]. À ce jour, plusieurs données sociodémographiques (p. ex., l'âge, le genre, l'ethnie, le niveau d'éducation) ont été étudiées à titre de facteurs prévisionnels. Toutefois, les résultats des diverses études sont plutôt mitigés. Cela s'explique entre autres par le fait que les données sociodémographiques impliquent souvent la présence de variables concomitantes ou confondantes qui peuvent par elles-mêmes influencer ou même expliquer la vulnérabilité ou la résilience des individus. À titre d'exemple, un faible niveau d'éducation peut se trouver associé avec d'autres variables telles qu'un faible statut socioéconomique. Ainsi, il est difficile de se prononcer quant à la force prévisionnelle des données sociodémographiques puisque les résultats d'une étude à l'autre sont équivoques [27].

2.1.2 Chez la population policière

Chez les policiers, une plus grande exposition à des ÉT au travail dans la dernière année ainsi qu'une accumulation d'expériences traumatiques ou de stressors au travail prédisposent au développement de réactions post-traumatiques [14, 39-42]. D'autres études ont montré que le peu d'années d'expérience augmente la probabilité d'un jeune policier à développer des symptômes d'ÉSPT à la suite d'un ÉT. Ceci serait probablement dû au manque de stratégies adaptatives développées face au stress élevé vécu en service policier [17, 43]. L'impact des traumatismes antérieurs personnels (p. ex., durant l'enfance) semble être un facteur non négligeable dans la prédiction des symptômes post-traumatiques à court et long terme chez la population policière [44, 45]. Des auteurs ont observé, par l'entremise d'une étude prospective auprès de policiers, que l'historique psychopathologique familial (troubles de l'humeur, d'anxiété et d'abus de substances) s'avère être un facteur de vulnérabilité quant au développement de l'ÉSPT à la suite d'un vécu traumatique [46]. De plus, les policiers qui rapportent de plus hauts niveaux de stress organisationnel ont davantage de symptomatologie post-traumatique au moment de l'étude [40, 47-49]. Concernant les données sociodémographiques telles que l'âge, le genre, le rang, l'état civil et le niveau d'éducation, les résultats des différentes études s'avèrent plutôt mitigés. Toutefois, l'ethnicité hispanique demeure un facteur de risque associé avec une plus grande symptomatologie post-traumatique, même après avoir contrôlé pour les données sociodémographiques, ainsi que la fréquence et la sévérité de l'exposition à des incidents critiques [50, 51]. De plus, contrairement à la population générale, les femmes policières ne seraient pas plus à risque de développer un ÉSPT suite à une exposition à un ÉT que leurs collègues de sexe masculin [13, 43, 50, 52]. Le trait de personnalité névrotique, impliquant une sensibilité aux stimuli négatifs, ainsi que le trait dissociatif, correspondant à la tendance chez un individu à éprouver un état de dissociation lorsqu'il est exposé à un ÉT, se trouvent associés avec une intensité plus élevée de symptômes d'ÉSPT chez les policiers [17, 49, 53, 54]. De surcroît, le fait d'entretenir un locus de contrôle externe (c.-à-d., de percevoir constamment que la cause des événements est de nature externe) semble avoir un impact positif sur le développement de symptômes post-traumatiques. Les policiers qui refoulent leurs émotions, qui ont de la difficulté à les exprimer et ceux qui ont tendance à manifester davantage de colère sont plus à risque de développer des réactions de stress post-traumatique après l'exposition à un ÉT [15, 55]. La sensibilité à l'anxiété (c.-à-d., le fait d'avoir peur des conséquences associées aux symptômes physiques d'anxiété) est un facteur de risque de l'ÉSPT chez les policiers [12]. Enfin, dans une perspective psychobiologique, une étude suggère que l'hypersensibilité aux situations de menace, une réactivité élevée du système nerveux sympathique face à une menace explicite et imminente, et un échec d'adaptation aux stimuli aversifs répétitifs (habituation plus lente) prédisent prospectivement la sévérité des symptômes post-traumatiques chez les policiers en début de carrière [56].

2.2 Facteurs de risque péri-traumatiques

2.2.1 Chez la population générale

Chez diverses populations, ceux qui vivent de fortes réactions émotionnelles négatives (p. ex., peur, culpabilité, honte, colère, dégoût, tristesse) ou de fortes réactions physiques d'anxiété (p. ex., palpitations, tremblements, étourdissements, transpiration, bouffées de chaleur ou frissons)

durant et immédiatement après l'ÉT sont plus vulnérables au développement d'un ÉSPT [57-60]. Récemment, des chercheurs se sont attardés à un construit plus global, nommé détresse péri-traumatique. Ce construit fait référence aux réponses émotionnelles négatives et aux réactions physiques d'anxiété ressenties par un individu pendant ou immédiatement après un ÉT [61]. Chez les victimes d'une catastrophe industrielle, la détresse péri-traumatique est un prédicteur de l'ÉSPT [62]. Parmi les composantes de la détresse péri-traumatique se trouve la notion de perte de contrôle (c.-à-d., la perte de contrôle de ses émotions, la perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale) qui est précisément associée au développement de la symptomatologie post-traumatique [63]. De plus, de nombreuses études suggèrent que la dissociation péri-traumatique (c.-à-d., le fait de ressentir un détachement, une absence de réactivité émotionnelle, une impression de déréalisation, de dépersonnalisation, etc.) constitue un facteur de vulnérabilité dans l'apparition de symptômes de stress post-traumatique [57, 58, 62, 64-66]. Les réactions dissociatives se produisent généralement dans un contexte où la détresse péri-traumatique est élevée, bien que certaines personnes peuvent vivre une forte détresse sans dissocier [61, 67]. Finalement, les méta-analyses d'Ozer et coll. [68], de Breh et Seidler [69] et de Lensvelt-Mulders et coll. [70] incluant respectivement 35, 59 et 68 études empiriques, confirment que la dissociation péri-traumatique est un facteur de risque élevé dans le développement de l'ÉSPT.

Par ailleurs, une étude réalisée chez des victimes d'accidents d'automobile démontre qu'un sentiment initial d'effroi lors de l'événement augmente de façon substantielle le risque de répondre éventuellement aux critères diagnostiques de l'ÉSPT [71]. L'effroi est une réaction qui partage certaines caractéristiques de la dissociation péri-traumatique. En effet, l'effroi implique essentiellement une absence complète d'émotions, de pensées ou de mots ou la sensation d'être figé pendant une partie de l'événement. Une autre étude, cette fois effectuée chez des patients ayant subi un infarctus du myocarde, atteste que l'effroi est associé à des symptômes post-traumatiques trois mois après l'événement [72]. La sévérité de l'ÉT se trouve associée avec le développement de l'ÉSPT [37, 59, 73, 74]. Par contre, les résultats entre les études apparaissent mitigés puisque, dans une étude sur des survivants, la sévérité de l'ÉT ne prédisait pas les symptômes post-traumatiques [75]. Certains chercheurs mesurent la sévérité de l'ÉT en tenant compte des caractéristiques objectives associées à cet événement. Parmi ces caractéristiques, la durée de l'événement influence les réactions de stress post-traumatique [76, 77]. Ainsi, plus l'exposition à l'ÉT dure longtemps, plus les symptômes de l'ÉSPT sont sévères [78]. D'autre part, les incidents caractérisés par la découverte de corps et de personnes décédées sont plus susceptibles de favoriser le développement de l'ÉSPT [79], tout comme, selon l'expérience clinique, les événements imprévus ou intentionnels qui mettent la vie de l'individu en danger et qui sont dégradants physiquement ou psychologiquement. Par ailleurs, les événements qui entraînent des blessures corporelles sont davantage associés avec le développement d'un ÉSPT comparativement aux expériences traumatiques qui n'entraînent pas de telles blessures [80, 81].

2.2.2 Chez la population policière

Chez les policiers, la détresse péri-traumatique, la dissociation péri-traumatique ainsi que les réactions émotionnelles et physiques pendant le trauma prédisent l'ÉSPT [15, 17, 18, 43, 46, 50, 51, 53, 54, 61, 82]. Plusieurs études révèlent que l'exposition à la mort lors de l'événement, la présence d'une menace à la vie ou à l'intégrité physique du policier ou de son partenaire ainsi que la sévérité de l'exposition sont des facteurs de risque dans le développement de l'ÉSPT [15,

17, 19, 43, 82-84]. Toutefois, une étude indique que la perception de proximité face à la mort n'est pas associée au développement de l'ÉSPT [85]. Certains types d'ÉT, tels qu'être témoin de coups de feu dans lequel sa vie ou celle d'un collègue est en jeu, être témoin d'enfants abusés, de la mort de quelqu'un, de victimes d'homicide ou bien de victimes d'accidents graves de la route, semblent avoir un impact important dans le développement d'une symptomatologie post-traumatique chez la population policière [42, 44]. Finalement, une étude a noté que les policiers qui effectuent des tâches inhabituelles lors d'événements majeurs (p. ex., celles communément dispensées par un pompier) sont plus à risque de développer un ÉSPT que ceux qui ont joué leur rôle habituel de policier [19].

2.3 Facteurs de risque post-traumatiques

2.3.1 Chez la population générale

Des réactions dépressives chez les victimes d'accidents [75], des stressors additionnels qui surviennent à la suite de l'ÉT (p. ex., une perte d'emploi, des difficultés financières ou légales, des maladies ou le décès d'un proche) [86, 87] et l'état de stress aigu (ÉSA) [62, 88-90] sont des indicateurs du développement futur de l'ÉSPT. Ingram et ses collaborateurs [91] démontrent qu'un réseau social peu ou pas soutenant est associé à un mauvais ajustement post-trauma.

2.3.2 Chez la population policière

Chez les policiers, le peu de temps donné par l'employeur pour se remettre de l'événement, l'insatisfaction par rapport au soutien organisationnel ou le peu de soutien à l'extérieur du travail après l'événement semblent être des facteurs qui prédisent la symptomatologie post-traumatique [15]. Les blessures physiques provenant de l'ÉT, les symptômes dépressifs ainsi que les événements de vie négatifs ultérieurs apparaissent comme des facteurs de risque au niveau post-traumatique dans l'étiologie de l'ÉSPT chez les policiers [12, 48, 54, 85]. Les policiers qui rapportent avoir utilisé des stratégies de gestion du stress basées sur l'évitement pour gérer l'ÉT ont davantage de symptomatologie post-traumatique [17, 49, 51, 92, 93]. De plus, chez les policiers, le débriefing psychologique reçu après l'événement n'a, soit aucun effet sur les symptômes de l'ÉSPT [94] ou entraîne davantage de symptômes [95, 96].

2.4 Facteurs de protection pré-traumatiques

2.4.1 Chez la population générale

Afin de gérer le stress, les individus peuvent employer diverses *stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress* [97]. Parmi les modes habituels de gestion du stress, il existe des stratégies d'adaptation centrées sur le problème (les efforts visent la modification de la situation par l'utilisation d'une stratégie de résolution de problèmes) et centrées sur les émotions (les efforts visent la modification de l'interprétation négative de la situation et l'apaisement des émotions négatives ressenties par des stratégies comme l'évitement ou la rêverie) [97]. Les individus ont tendance à recourir à un mode identique de gestion du stress au cours de leur vie, ce qui fait en sorte que l'utilisation de stratégies de gestion du stress est une caractéristique pré-

traumatique qui est considérée comme relativement stable. Les soldats de la guerre du Golfe qui ne présentent pas de symptômes d'un ÉSPT utilisent davantage de stratégies d'adaptation centrées sur le problème et moins de stratégies basées sur l'évitement et la rêverie que leurs homologues avec un ÉSPT [98]. La personnalité résiliente ou résistante au stress facilite aussi l'adaptation après un ÉT [99]. L'individu possédant une telle personnalité appréhende adéquatement les événements stressants et manifeste des capacités d'adaptation pour gérer ces événements lorsqu'ils surviennent [100]. Plus précisément, ce type de personnalité se caractérise par l'aptitude à l'engagement dans le milieu, par un fort sentiment de contrôle perçu permettant de prendre des décisions et d'en assumer la responsabilité, la flexibilité, l'optimisme, une bonne estime de soi, la capacité à relever des défis, la capacité de faire des attributions adéquates des événements et à donner un sens aux événements vécus [101, 102]. Par ailleurs, le sentiment d'efficacité personnelle (c.-à-d. le fait d'avoir des attentes d'efficacité élevées vis-à-vis de la réalisation de diverses activités et la capacité à résoudre des problèmes) est associé à moins de détresse psychologique et de symptômes post-traumatiques chez les victimes de désastres naturels [103] et chez les pompiers [104, 105]. En effet, les personnes possédant un sentiment élevé d'efficacité personnelle s'attendent au succès, à résoudre les problèmes, à surmonter les défis et à être en mesure de gérer les situations stressantes.

2.4.2 Chez la population policière

Au niveau des facteurs de protection chez les policiers, il appert que l'expérience antérieure ainsi qu'une formation adéquate (c.-à-d. le fait d'avoir affronté des situations stressantes antérieurement ou d'avoir été formé pour réagir à celles-ci) permettent de contrer les réactions post-traumatiques dans certaines études [17, 19, 106, 107]. L'expérience pourrait permettre aux individus à haut risque de vivre des ÉT dans le cadre de leur travail de se sentir mieux outillés pour faire face aux événements à venir et ainsi de se sentir davantage en contrôle et moins stressés par leur travail. La formation, quant à elle, permettrait aux individus d'être entraînés dans un rôle bien défini qui diminuerait leurs incertitudes face aux tâches qu'ils doivent accomplir et permettrait d'améliorer leur efficacité au travail [108]. Toutefois, l'expérience et la formation ne sont pas des facteurs de protection significatifs dans d'autres études effectuées auprès de policiers [15, 109]. De plus, la personnalité résistante au stress, plus particulièrement la dimension de l'engagement, se trouve négativement associée aux symptômes de l'ÉSPT chez des femmes policières [11, 18, 57]. Les résultats des différentes études qui se sont penchées sur l'utilisation des stratégies de gestion du stress (centrées sur la modification des émotions et centrées sur le problème) demeurent mitigés à savoir laquelle serait bénéfique chez les policiers ayant été exposés à un ÉT [17, 92, 110].

2.5 Facteurs de protection péri-traumatiques

À notre connaissance, au niveau péri-traumatique, il ne semble pas y avoir de facteur de protection connu et prévisionnel concernant la modulation de l'ÉSPT chez diverses populations. Cependant, le premier volet (*rétrospectif*) de cette recherche a permis d'observer un nouveau facteur de protection péri-traumatique au sein de la littérature scientifique portant sur la population policière : le soutien social péri-traumatique. En fait, il a été constaté que les policiers qui reçoivent du soutien de la part de leurs collègues de travail durant le déroulement de l'ÉT ou immédiatement après sont moins à risque de développer des symptômes d'ÉSPT [18].

2.6 Facteurs de protection post-traumatiques

Chez diverses populations, le soutien social adéquat ou positif après l'événement permettrait d'atténuer les effets du stress [111-114]. La famille, les confrères et les amis sont mentionnés comme étant des sources de soutien importantes [101]. De plus, le débriefing psychologique, qui est une intervention précoce et brève donnée à la suite d'un ÉT peut permettre de soutenir également les individus impliqués dans ces incidents et aide dans certains cas à prévenir le développement de l'ÉSPT [26]. Par contre, ces résultats sont de plus en plus contestés dans la communauté scientifique. Par ailleurs, de plus en plus de guides pratiques comme celui du *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* [115], du *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH)* [116] et de l'*American Psychiatric Association (APA)* [117] ne recommandent pas l'utilisation du débriefing.

En ce qui concerne les policiers, ceux qui perçoivent une plus grande disponibilité de soutien social [40, 51, 82], une plus grande satisfaction avec le soutien reçu [85], davantage de soutien émotionnel de la part des confrères et des superviseurs ont moins de symptomatologie post-traumatique. Les policiers qui perçoivent une attitude d'ouverture chez leurs confrères lorsqu'ils expriment leurs émotions et ceux qui peuvent parler avec aisance de leurs expériences traumatiques et de l'impact émotionnel de celles-ci dans leur contexte de travail présentent moins de symptômes de l'ÉSPT [94, 118]. Par ailleurs, un soutien social positif provenant des collègues de travail [18] et des superviseurs serait parmi les sources de soutien social ayant le plus d'impact dans la population policière [52]. Par ailleurs, être en mesure de trouver un sens à l'événement et la perception d'avoir les ressources nécessaires pour le confronter, ce qu'on appelle aussi le sentiment de cohérence, permettent de diminuer les symptômes de l'ÉSPT chez les policiers [40]. Enfin, offrir une intervention précoce comme le débriefing psychologique au personnel policier après un ÉT n'a aucun effet sur la symptomatologie post-traumatique [94] et peut même entraîner davantage de symptômes [15, 95, 96].

2.7 Impact des divers facteurs prévisionnels dans la population

Deux méta-analyses récentes portant sur les prédicteurs de l'ÉSPT chez diverses populations (les civils et les militaires) permettent de dégager des résultats intéressants quant à l'impact de ceux-ci sur le développement de l'ÉSPT. La méta-analyse de Brewin et ses collaborateurs [86] porte sur 14 facteurs de risque provenant de 77 études et permet d'observer que les facteurs de risque les plus probants dans le développement subséquent de l'ÉSPT sont les facteurs péri-traumatiques (p. ex., la sévérité de l'ÉT) et post-traumatiques (p. ex., un soutien social déficient et des événements stressants ultérieurs) comparativement aux facteurs pré-traumatiques. Quant à Ozer et ses collaborateurs [68], ils suggèrent également dans leur méta-analyse portant sur sept prédicteurs provenant de 68 études que les facteurs péri-traumatiques (p.ex., la perception de menace à la vie, la dissociation et les réactions émotionnelles) et post-traumatiques (p. ex., le soutien social perçu) expliquent davantage l'étiologie de l'ÉSPT que les facteurs pré-traumatiques. Dans l'ensemble, ces deux méta-analyses révèlent des résultats sensiblement équivalents à ceux obtenus chez la population policière. Elles indiquent aussi que le pouvoir prédictif des différents facteurs prévisionnels n'est pas uniforme et que l'ampleur de l'effet de chacun des prédicteurs peut différer, entre autres, en fonction de la population étudiée. À titre indicatif, Brewin et ses collaborateurs [86] dans leur méta-analyse portant sur les facteurs de

risque observent que les facteurs prévisionnels suivants sont significativement plus importants chez les militaires comparativement aux populations de civils : un jeune âge au moment du trauma, une faible éducation, un statut minoritaire, la sévérité du trauma et le manque de soutien social.

2.8 Limites et portée des connaissances actuelles

De plus en plus d'études tentent de préciser les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT afin de mieux comprendre comment se développe ce trouble et d'élaborer des stratégies de prévention. Cela représente une première étape dans l'évolution des connaissances actuelles. Toutefois, une grande partie des recherches dans ce domaine possèdent de nombreuses lacunes méthodologiques.

Entre autres, la plupart des études utilisent des questionnaires auto-administrés ou des instruments possédant des propriétés psychométriques restreintes ainsi que des instruments divergents, ce qui limite considérablement l'interprétation des résultats et rend la comparaison entre les études difficile. Par exemple, certaines études tentent de mesurer les symptômes et de poser un diagnostic d'ÉSPT strictement à l'aide de questionnaires ou bien à l'aide d'une entrevue maison élaborée par les chercheurs. Par le fait même, très souvent les instruments de mesure ou les entrevues cliniques ne possèdent pas des qualités métrologiques nécessaires pour éliminer les sources d'erreur et les variations ou l'inconsistance des résultats en raison de facteurs liés à l'instrument lui-même. Il est essentiel dans la mesure du possible d'utiliser, non seulement les mêmes instruments de mesure d'une étude à l'autre, mais également des questionnaires, des entrevues structurées validées et fidèles dont les critères cliniques ont été déterminés par de nombreuses études antérieures (SCID-I, CAPS, l'ÉMST, etc.). Par ailleurs, la majorité des études sont de nature rétrospective. Celles-ci ne permettent pas d'analyser l'impact des facteurs prévisionnels aussi précisément que les études prospectives puisque ce type d'étude engendre des biais de rappel. Afin de combler ces lacunes, des études prospectives et longitudinales devraient être envisagées par les chercheurs. Elles permettent d'évaluer le développement de l'ÉSPT et les mécanismes en jeu durant la période suivant l'ÉT. Toutefois, il demeure important que ces études s'effectuent sur une période de temps suffisamment étendue (p. ex., un an et plus) afin d'assurer un échantillonnage représentatif quant au niveau moyen d'exposition à des événements stressants et aux symptômes post-traumatiques manifestés habituellement par les policiers. Certaines études mesurent la symptomatologie et les réactions à la suite d'un ÉT, mais n'évaluent pas spécifiquement le diagnostic de l'ÉSA et de l'ÉSPT. Par ailleurs, plusieurs études rétrospectives évaluent seulement le diagnostic *actuel* de l'ÉSPT même si l'événement s'est déroulé il y a plusieurs années. Or, il se peut que l'ÉSPT ait été présent dans les mois qui ont suivi l'événement, mais qu'il ne soit plus présent maintenant. Les études qui n'évaluent que l'ÉSPT actuel négligent une information précieuse. Qui plus est, les facteurs de risque du développement d'un ÉSPT chronique (un ÉSPT présent depuis plus de 3 mois) pourraient être bien différents de ceux d'un ÉSPT aigu et non chronique. Pourtant, cette considération est rarement prise en compte dans les études. De plus, les études qui estiment à la fois le diagnostic de l'ÉSPT présent et à vie omettent souvent de distinguer si le diagnostic de l'ÉSPT est en lien avec l'ÉT qui fait l'objet de l'étude ou plutôt s'il est en lien avec un autre trauma survenu à l'enfance ou à l'âge adulte [36]. Il y a également plusieurs recherches qui examinent les associations entre différents facteurs et l'ÉSPT à l'aide de corrélations ou de régressions simples

uniquement, et ce, de manière transversale et non pas prospective. Ce type d'analyse ne permet pas d'établir les mécanismes causaux ni d'identifier les meilleurs prédicteurs de l'ÉSPT.

Diverses populations ont été étudiées jusqu'à présent (les soldats, les victimes d'accidents, de sinistres, de désastres, etc.), ce qui permet d'agrandir notre champ de connaissance. Toutefois, peu d'études se sont attardées aux populations à haut risque de vivre des ÉT, outre les soldats. Il y a clairement une insuffisance d'études portant sur des populations à haut risque de développer des réactions post-traumatiques comme les employés de service d'urgence (p. ex., les policiers). Les facteurs de risque et de protection constituent une dyade et doivent être étudiés conjointement afin de mieux comprendre le développement de l'ÉSPT. Pourtant, la majorité des écrits s'est surtout concentrée sur les facteurs de risque plutôt que les facteurs de protection. Par ailleurs, rares sont les études qui ont exploré les facteurs de risque chez une population de policiers. Encore moins nombreuses sont celles qui ont évalué les facteurs de protection qui facilitent le rétablissement après l'exposition à un ÉT chez les policiers. Pourtant, il est essentiel d'étudier ces facteurs dans une perspective de prévention de l'ÉSPT chez cette population à haut risque.

En résumé, plusieurs études existent dans le domaine du trauma, mais les résultats des recherches sont parfois équivoques. Il y a actuellement absence de consensus quant à l'importance et la force prévisionnelle de certains facteurs dans la modulation des symptômes de l'ÉSPT. Ces résultats ambigus peuvent s'expliquer par les nombreuses lacunes méthodologiques observées dans les recherches sur l'ÉSPT comme le manque de rigueur dans plusieurs études, l'interférence entre plusieurs variables, la difficulté d'isoler certaines variables et le caractère *rétrospectif* de la majorité des études. Toutes ces lacunes limitent significativement l'interprétation des liens observés entre les facteurs prévisionnels et l'ÉSPT. En égard de l'état actuel des connaissances, il faut poursuivre la recherche dans ce domaine puisqu'il y a une pénurie d'études concernant la population policière et qu'il reste beaucoup d'éléments à explorer et d'informations à colliger. Notre recherche représente un effort dans cette direction afin de pallier les lacunes qui existent présentement et d'étudier les facteurs de protection. Par ailleurs, le présent projet s'avère prioritaire puisqu'il provient d'une demande du PAPP et du comité paritaire du SPVM et qu'il est appuyé par l'APSAM. De plus, le projet inclut autant des hommes que des femmes. Ces dernières représentent une population peu étudiée dans la littérature. Les résultats pourront donc être comparés sur le genre, ce qui pourra déterminer si des différences existent à ce niveau.

2.9 Objectif général de la recherche

Le présent projet de recherche vise à remédier à la pénurie d'études dans le milieu policier, au manque d'études de nature prospective, aux lacunes méthodologiques qui existent présentement dans les écrits et à faire avancer les connaissances en ce qui a trait aux facteurs prévisionnels de l'ÉSPT chez les policiers. Il constitue le deuxième volet d'un programme de recherche qui sera ici conduit de façon prospective. Qui plus est, le présent rapport de recherche tente également d'établir lors de la discussion des résultats certaines relations ou comparaisons avec les données obtenues lors du premier volet *rétrospectif* du programme de recherche. Donc, il répond aux objectifs du projet de recherche global qui vise à mieux comprendre le développement de l'ÉSPT chez les policiers par une meilleure connaissance des facteurs associés. Plus spécifiquement, la recherche consiste à évaluer chez les policiers les facteurs de risque qui augmentent leur

vulnérabilité à développer un ÉSPT ainsi que les facteurs de protection qui facilitent leur adaptation après un événement traumatique.

2.10 Hypothèses de recherche

En se basant sur les données provenant des écrits chez diverses populations, chez les policiers en particulier et les données du volet *rétrospectif*, les hypothèses de l'étude prospective sont les suivantes :

1. Le développement des symptômes de l'ÉSPT ainsi que l'adaptation à la suite d'un ÉT seront mieux expliqués par des facteurs péri et post-traumatiques que par les facteurs pré-traumatiques.
2. Le développement des symptômes de l'ÉSPT sera davantage expliqué par les facteurs de risque suivants : réactions dissociatives, sévérité de l'événement, perception des interactions sociales négatives.
3. L'adaptation à la suite d'un événement traumatique sera mieux expliquée par la perception de soutien social positif. Puisque peu de données existent quant aux facteurs de protection chez les policiers, mis à part le soutien, l'impact des facteurs suivants sera analysé à titre exploratoire : stratégies de gestion du stress, personnalité résistante au stress, expérience antérieure du travail policier telle que reflétée par le nombre d'années dans le milieu policier lors du trauma.
4. À titre indicatif, de manière descriptive et exploratoire, nous allons observer non seulement l'ampleur de la prévalence de l'ÉSPT, l'évolution des symptômes de l'ÉSPT dans le temps, mais également le pouvoir prédictif et distinctif, s'il y a lieu, des facteurs de risque et de protection responsables de la modulation de l'ÉSPT à différents moments.

3. MÉTHODES DE RECHERCHE

3.1 Procédure

Les policiers ont d'abord été mis au courant de l'étude par le biais d'articles parus dans les journaux internes du syndicat et du service de police. Également, il y a eu de nombreuses présentations du projet faites aux cadres supérieurs des différents services du SPVM, au programme d'aide aux policiers et policières et au comité paritaire. Lors de ces rencontres, nous présentions le projet et remettons des documents explicatifs et des feuilles d'informations à afficher dans le milieu de travail expliquant les grandes lignes du projet et la façon de rejoindre la coordonnatrice de la recherche à la suite d'un événement traumatique. Dans l'ensemble, les références provenaient principalement des policiers eux-mêmes (des participants, des superviseurs, des lieutenants et des commandants), du service des opérations corporatives et du PAPP. Aussi, le fait que plusieurs événements majeurs étaient médiatisés dans les journaux et à la télévision a permis à l'équipe de recherche de cibler spécifiquement certaines équipes pour les inviter à participer à l'étude. Plusieurs policiers du SPVM impliqués dans un ÉT entre le mois de mai 2006 et mai 2010 ont donc participé à l'étude dite prospective (n = 72). Certains policiers d'autres services de police (p. ex., Longueuil, Saint-Jean-sur-le Richelieu, Régie intermunicipale de police de la Rivière-du-Nord) ont été sollicités également (n = 11) afin d'obtenir la taille échantillonnale nécessaire pour vérifier les hypothèses.

Les policiers informés et intéressés devaient contacter la coordonnatrice de la recherche qui effectuait une présélection téléphonique. Lors de cette entrevue téléphonique, les policiers étaient renseignés sur le déroulement de l'étude, la passation de divers instruments de mesure et la confidentialité des données. Si les policiers demeuraient intéressés à participer et répondaient aux critères de l'étude, le moment de la 1^{ère} rencontre était fixé. Les policiers étaient également encouragés à solliciter la participation de leur partenaire ou d'autres collègues de travail si ces derniers avaient été impliqués dans le même ÉT. Les évaluations des participants prenaient place dans un lieu où ils se sentent à l'aise, que ce soit à l'Université du Québec à Montréal, au poste de quartier ou encore à leur domicile. Avant de commencer l'évaluation, les sujets devaient prendre connaissance du formulaire de consentement et le signer. Celui-ci indiquait que l'objet de l'étude portait sur les réactions de stress suivant un ÉT, mais ne faisait pas mention des hypothèses de recherche afin de minimiser les attentes des sujets. Les participants étaient évalués à quatre moments : entre 5 à 15 jours suivant l'ÉT (temps 1), 1 mois (temps 2), 3 mois (temps 3) et 12 mois (temps 4) après l'événement.

Les critères d'inclusion sont sensiblement les mêmes que pour l'étude rétrospective. Tous les policiers ont vécu récemment un ÉT tel que définit par le critère diagnostique A de l'ÉSPT. Selon ce critère, un ÉT implique d'avoir été victime ou témoin d'un événement dans lequel il y a eu une mort possible ou réelle, des blessures graves possibles ou réelles ou dans lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée. Par ailleurs, afin d'être considéré traumatique, l'événement doit avoir généré une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou de l'horreur. Si le policier n'a pas ressenti ces émotions lors de l'événement qu'il a vécu, mais qu'il rapporte des réactions de colère, de la culpabilité ou de la honte, l'équipe de recherche considère que l'événement se qualifie également pour être de nature traumatique. Les autres critères d'inclusion sont les suivants : parler et savoir lire le français ou l'anglais, être en mesure

psychologiquement et physiquement de passer une entrevue clinique semi-structurée et de répondre à des questionnaires. Les critères d'exclusion sont les suivants : présenter un état psychotique, un trouble mental d'origine organique, une évidence d'intention suicidaire ainsi que toutes maladies graves qui, selon le jugement de l'évaluateur, pourraient occasionner un risque pour le participant. Dans les faits, aucun participant n'a été exclu de l'étude à partir de ces critères.

3.1.1 Policiers impliqués dans un ÉT

Quatre-vingt-trois policiers (63 hommes et 20 femmes) provenant du SPVM et d'autres corps policiers ont participé à l'étude sur une base volontaire. Les participants sont âgés en moyenne de 32,6 ans (écart-type = 7,7), possèdent en moyenne 15,6 années de scolarité ou d'études (écart-type = 1,9) et 54 % sont mariés ou en union de fait. Ce sont tous des policiers actifs avec en moyenne 8,6 ans d'expérience policière. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des policiers ayant participé et complété l'étude.

Tableau 1 – Caractéristiques sociodémographiques des policiers exposés à un événement traumatique (n = 83)

Données sociodémographiques	%	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)
Genre		
Masculin (<i>n</i> = 63)	76	
Féminin (<i>n</i> = 20)	24	
Âge au moment de l'étude (<i>n</i> = 83)		32,6 (7,7)
Statut civil		
Célibataire (<i>n</i> = 32)	39	
En relation (<i>n</i> = 45)	54	
Séparé ou divorcé (<i>n</i> = 6)	7	
Nombre d'enfants		
Un (<i>n</i> = 9)	11	
Deux (<i>n</i> = 16)	19	
Trois et plus (<i>n</i> = 9)	11	
Nombre d'années de scolarité ou d'études (<i>n</i> = 83)		15,6 (1,9)
Origine ethnique		
Caucasienne	92	
Minorité ethnique	8	
Afro-américaine	5	
Asiatique	2	
Hispanique	1	
Nombre d'années d'expérience (<i>n</i> = 83)		8,6 (7,3)
Nombre d'heures de travail par semaine (<i>n</i> = 83)		35,4 (3,2)

Note. *M* = moyenne; *ÉT* = écart-type.

3.2 Instruments de mesure administrés

Les instruments de mesure ont été choisis pour leurs qualités psychométriques et cliniques et parce qu'ils permettent de vérifier adéquatement les résultats de recherche et de combler les lacunes méthodologiques des études antérieures. La grande majorité de ces instruments sont validés en français et en anglais. Les versions françaises des instruments de mesure sont utilisées et l'entrevue se fait en français.

3.2.1 Mesure diagnostique de l'ÉSPT et des autres troubles mentaux

Les modules de l'*Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I); [119])* sont utilisés pour évaluer la présence ou l'absence de troubles mentaux actuels et passés. Les troubles suivants sont évalués : les troubles anxieux, dont l'ÉSA et l'ÉSPT, les troubles liés à l'utilisation d'une substance ou de l'alcool, ainsi que le trouble dépressif majeur.

En ce qui concerne l'ÉSPT, le diagnostic clinique et partiel est évalué. Un diagnostic d'ÉSPT partiel est attribué lorsqu'un sujet ne présente pas suffisamment de symptômes pour remplir les conditions d'un ÉSPT clinique, mais présente au moins un symptôme des critères B, C et D ou au moins un symptôme du critère B et deux symptômes du critère D tels que déterminés par le DSM-IV [7]. Cette procédure d'évaluation du diagnostic de l'ÉSPT partiel suit la méthode employée par Schnurr dans ses études [36]. Un diagnostic de l'ÉSPT sous-clinique est également évalué. Ce diagnostic est attribué lorsqu'un participant ne se qualifie pas pour un ÉSPT clinique ou partiel, mais présente au moins un symptôme qui peut se retrouver dans le critère B, C ou D du DSM-IV [7].

Les évaluations sont conduites par des évaluateurs formés et qualifiés. Le SCID-I a été choisi car il est très utilisé et sa validité est bien reconnue en ce qui concerne le diagnostic des troubles psychiatriques. La plupart des études sur les propriétés psychométriques du SCID-I ont été effectuées à l'aide de la version antérieure (SCID-I, DSM-III-R). Toutefois, les propriétés de cette ancienne version sont applicables également à la présente version (SCID-I, DSM-IV) puisque les modules sont presque identiques [120]. La version antérieure présente une bonne validité concomitante avec le jugement de cliniciens ($\kappa = 0,69$) [121] ainsi qu'une bonne validité convergente avec d'autres mesures de l'ÉSPT comme l'*Impact of Event Scale* [122]. En ce qui concerne la fidélité inter-juges, des kappas de 0,87 [112] et 0,77 [123] sont rapportés. Les quelques études réalisées avec la version actuelle du SCID-I rapportent des indices de fidélité qui sont comparables sinon supérieurs à ceux de la version antérieure [120]. Dans la présente recherche, des évaluateurs indépendants ont effectué des accords inter-juges sur un certain nombre des entrevues SCID-I (module ÉSA et ÉSPT) sélectionnées au hasard pour chaque temps de mesure : temps 1 (44 %; $n = 35$), temps 2 (44%; $n = 36$), temps 3 (49%; $n = 39$), temps 4 (50%, $n = 38$). On observe un niveau d'accord parfait ($\kappa = 1,0$) pour les diagnostics de l'ÉSPT et de l'ÉSA.

3.2.2 Mesure des facteurs pré-traumatiques

Un questionnaire ad hoc permet d'estimer les *données sociodémographiques* (c.-à-d. le genre, l'âge, le niveau d'éducation, l'origine ethnique, le statut civil et le nombre d'enfants) et les *caractéristiques relatives au travail* pour chaque policier au moment de l'ÉT (c.-à-d. le grade, le nombre d'heures de travail par semaine et d'expérience dans la police). Il permet également d'évaluer le recours à des soins médicaux et psychologiques dans les 3 mois qui ont précédé l'ÉT, le nombre d'événements stressants et leur intensité (déménagement, problèmes légaux, difficultés financières, etc.) vécus dans les 12 mois qui ont précédé l'ÉT.

Plusieurs modules du *SCID-I* sont utilisés pour évaluer la présence d'un ÉSPT ou d'autres troubles mentaux survenus avant l'ÉT. Les antécédents psychologiques familiaux sont évalués à l'aide de la question suivante : « Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille ont déjà eu des difficultés psychologiques au cours de leur vie? ». Si oui, les participants doivent indiquer leur lien familial avec cette personne et spécifier quel genre de difficultés cette personne a vécues.

L'*Inventaire de coping pour situations stressantes-Révisé (Coping Inventory for Stressful Situations (CISS); [124])* est utilisé afin de mesurer les modes habituels de réactions aux situations perçues comme menaçantes. Cet inventaire comporte 48 items mesurant les stratégies de gestion du stress basées sur les émotions, la tâche et l'évitement. Le mode de réponse est une échelle de type Likert en cinq points où 1 = pas du tout et où 5 = beaucoup. Une étude sur la validation française de cet instrument démontre de solides qualités de validité interne [125]. Les coefficients dégagés pour l'échelle Émotion (0,86), Tâche (0,87), et Évitement (0,83) démontrent que ces trois dimensions sont homogènes. Par ailleurs, ces trois échelles sont relativement indépendantes [125].

Le *Life Events Checklist* qui fait partie du *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; [126])* évalue à l'aide de 17 questions la présence des ÉT survenus pendant l'enfance ou à l'âge adulte (p. ex., des expériences de combats, des accidents, des désastres, des maladies graves, un abus sexuel). Le répondant indique s'il a vécu, a été témoin ou a appris chacun de ces événements. Par ailleurs, nous demandons au participant comment chaque événement l'a affecté psychologiquement, ce qui nous a permis de distinguer un événement stressant (c.-à-d. un événement qui satisfait seulement au critère diagnostique A1 de l'ÉSPT tel que défini dans le DSM-IV) d'un ÉT (c.-à-d. un événement qui rencontre les critères A1 et A2 de l'ÉSPT dans le DSM-IV). La version française du questionnaire a été validée auprès d'étudiants québécois [126]. L'instrument présente une bonne cohérence interne avec un coefficient de 0,89 et une fidélité test-retest de 0,97.

La version française [127] du *15-Item Dispositional Resilience (Hardiness) Scale (DRS; [128])* est un instrument de mesure auto-administré qui sert à mesurer les tendances de la personnalité résistante au stress. L'instrument comporte 15 énoncés qui sont répartis également sur trois sous-échelles portant sur les dimensions de la personnalité résiliente, soit l'engagement, le contrôle et le défi. Le choix des réponses se fait sous la forme d'une échelle de Likert à quatre entrées où 0 = en désaccord et où 3 = entièrement d'accord. La version anglaise présente un coefficient alpha de 0,84 pour le score global et de 0,71 à 0,78 pour les sous-échelles [128]. Une validation de la version française a été effectuée auprès d'un échantillon adulte francophone venant du Québec [127]. L'indice de fidélité-homogénéité est de 0,66 pour l'épreuve globale, alors que les coefficients sont respectivement de 0,48, 0,48 et 0,69 pour les sous-échelles engagement, contrôle et défi. La fidélité test-retest est de 0,71.

L'*Échelle des croyances (World Assumptions Scale; [129])* est un questionnaire auto-administré qui mesure les croyances fondamentales des individus face au monde et à leur valeur personnelle. Il comporte 32 items et le choix des réponses se fait sous la forme d'une échelle de Likert à six entrées (1 étant « en désaccord total » et 6 étant « entièrement d'accord »). Il n'y a pas d'étude de validation pour la version originale du questionnaire, ni pour la version qui a été traduite en français. Par contre, des analyses effectuées sur la version française avec un

échantillon clinique de 30 victimes et de 35 personnes de la communauté générale démontrent que l'instrument possède de bonnes caractéristiques psychométriques [130].

L'Échelle d'auto-efficacité (*Self-efficacy scale*; [131]); est un questionnaire auto-administré qui mesure les attentes d'efficacité générale qui ne sont pas liées à des situations ou comportements spécifiques. Il comporte 30 items, mais sept des items ne sont pas utilisés dans l'élaboration du score total. Le postulat de base soutenant le développement de cet instrument s'appuie sur le constat que les attentes personnelles de contrôle sont des déterminants majeurs du changement comportemental et les différences individuelles au niveau des expériences passées et des attributions de succès produisent des degrés distincts d'attentes d'auto-efficacité généralisées. Ainsi, cet instrument peut être utile pour mesurer le processus d'adaptation dans le cadre des interventions cliniques aux besoins du client et aussi comme un indice de progrès, puisque les attentes d'auto-efficacité devraient se modifier au cours de l'intervention. L'échelle possède deux sous-échelles d'auto-efficacité soit celle de l'échelle générale (17 items) et celle sociale (6 items). L'instrument dispose d'une bonne cohérence interne avec un alpha de 0,86 pour la sous-échelle générale et de 0,71 pour la sous-échelle sociale. Il n'y a pas de fidélité test-retest qui a été rapportée. L'instrument possède aussi une bonne validité de critère ainsi qu'une bonne validité de construit.

3.2.3 Mesure des facteurs péri-traumatiques

La *Sévérité de l'ÉT* est évaluée à l'aide d'une entrevue *ad hoc* qui tient compte des caractéristiques objectives et subjectives associées à l'événement telles que : le degré d'implication dans l'événement (implication directe, témoin direct ou témoin indirect); le fait que quelqu'un ait été blessé ou soit décédé à la suite de son intervention, la durée de l'événement; son caractère incontrôlable, imprévisible ou inattendu; la présence de menace à la vie ou à l'intégrité physique; la présence d'agression verbale, d'agression physique, de douleurs ou de blessures physiques; le contact avec des personnes blessées ou décédées; l'utilisation d'armes à feu ou le recours à d'autres types d'armes pendant l'événement. Des points sont attribués pour chaque caractéristique mesurée. Le total des items varie entre 4 et 32. Des scores plus élevés reflètent une plus grande sévérité d'exposition à l'événement.

Le *Questionnaire sur les expériences dissociatives péri-traumatiques (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Self-Report Version (PDEQ-SRV); [132])* permet de mesurer à l'aide de dix items les réactions dissociatives vécues pendant et immédiatement après un ÉT. Les items évaluent entre autres la dépersonnalisation, la déréalisation, l'amnésie, l'expérience d'être hors de son corps, l'altération de la perception du temps et de l'image corporelle. Le choix des réponses se fait sous forme d'une échelle de type Likert en cinq points où 1 = pas du tout vrai et 5 = extrêmement vrai. Le total des items varie entre 10 et 50. Cet instrument possède de bons indices de fidélité et de validité [133]. Il a également de bonnes validités convergente, discriminante et prédictive [134]. La version française du questionnaire a été validée auprès d'une population étudiante [135] et démontre les mêmes propriétés psychométriques que la version anglaise. Ainsi, l'instrument présente une bonne cohérence interne avec un coefficient de 0,85 et une fidélité test-retest de 0,88.

La *Présence d'effroi* se détermine lorsque le participant répond par l'affirmative à l'une ou plusieurs des questions suivantes : «Étiez-vous stupéfait ou en état de choc au point de ne rien ressentir ?», «Avez-vous vécu, pendant un moment, une absence complète d'émotions ?», «Étiez-vous dans l'impossibilité de penser ou sinon à court de mots ?», «Aviez-vous l'impression d'être figé ?».

L'*Échelle des réactions émotionnelles initiales (Initial Subjective Reaction Emotional Scale of the Potential Stressful Events Interview; [136])* est un instrument de mesure auto-administré qui évalue les réponses émotionnelles vécues durant et immédiatement après l'ÉT (p. ex., la peur, la confusion, la tristesse, la honte, la surprise, la colère). L'échelle comporte 15 items et le choix des réponses se fait sous forme d'une échelle de type Likert en quatre points où 1 = pas du tout et 4 = extrêmement. Le score total varie entre 15 et 60. Une analyse en composantes principales a démontré que parmi ces items, quatre facteurs ayant une fidélité adéquate ressortent. Ces facteurs correspondent aux quatre sous-échelles suivantes : peur, dissociation, culpabilité et colère. Les coefficients de cohérence interne varient entre 0,62 et 0,79. La validité convergente, la validité discriminante et la fidélité de ce questionnaire sont satisfaisantes [136].

L'*Échelle des réactions physiques initiales (Initial Subjective Reaction Physical Scale of the Potential Stressful Events Interview; [136])* est une échelle auto-administrée de 10 items qui évalue les réactions physiques péri-traumatiques des individus au moment de l'ÉT. Elle mesure 10 symptômes associés à des attaques de panique, par exemple la transpiration, sensation d'étouffement, étourdissements, palpitations cardiaques, bouffées de chaleur. Le mode de réponse se fait sous forme d'une échelle de type Likert en quatre points où 1 = pas du tout et 4 = extrêmement. Le score total varie de 10 à 40. L'instrument présente une bonne cohérence interne avec un coefficient de 0,86 [59].

Deux questions ont été développées par l'équipe de recherche afin d'évaluer la *perception de la qualité du soutien positif reçu de la part des collègues et des supérieurs* pendant ou immédiatement après l'ÉT. La question se lit comme suit : « Selon vous, est-ce que vos collègues de travail vous ont soutenu adéquatement pendant ou immédiatement après l'événement? » La même formulation est utilisée pour mesurer la perception du soutien positif reçu par le supérieur ou superviseur. Le mode de réponse est une échelle de type Likert en cinq points où 1 = pas du tout et 5 = extrêmement.

L'équipe de recherche a également développé ad hoc des questions spécifiques afin d'évaluer la *confiance de pouvoir intervenir de façon efficace pendant l'événement, la confiance d'avoir obtenu une assez bonne formation pour affronter un tel événement, la confiance d'avoir une assez bonne expérience comme policier pour affronter un tel événement et le niveau de contrôle perçu pendant l'événement*.

3.2.4 Mesure des facteurs post-traumatiques

L'*état de stress aigu (ÉSA)* est mesuré dans le premier mois suivant l'ÉT à l'aide du *SCID-I*.

L'*Échelle modifiée des symptômes traumatiques (ÉMST; [137])* permet d'évaluer la fréquence et la sévérité des symptômes post-traumatiques ressentis au cours des deux dernières semaines. L'ÉMST contient 17 items mesurant les symptômes de l'ÉSPT selon deux échelles de type

Likert, une pour la fréquence (nombre de fois par semaine) et l'autre pour la sévérité (niveau de perturbation). Le choix des réponses pour l'échelle de fréquence se fait sous forme d'une échelle de type Likert en quatre points (0 = pas du tout; 1 = une fois par semaine ou moins/un petit peu/une fois de temps en temps; 2 = deux à quatre fois par semaine/assez/la moitié du temps; 3 = cinq fois ou plus par semaine/beaucoup/presque toujours) et pour l'échelle de sévérité, il s'agit d'une échelle de type Likert en cinq points (0 = pas du tout perturbant à 4 = extrêmement perturbant). Le score utilisé est un score qui combine la somme des scores obtenus à l'échelle de fréquence et de sévérité. Ainsi, le score total varie entre 0 et 119. La version anglophone possède une cohérence interne de 0,91, une spécificité de 83,8 % et une validité concurrente de 0,92 avec le SCID. Cet instrument, validé auprès d'un échantillon clinique québécois [138], présente une excellente cohérence interne : 0,92 pour l'échelle de fréquence et 0,95 pour l'échelle de sévérité. La stabilité temporelle est de 0,98 pour les deux échelles.

L'*Inventaire de soutien perçu (ISP; [139])* est un instrument de mesure auto-administré composé de deux sous-échelles : 1) Le *Questionnaire sur le soutien positif perçu (Perceived Supportive Spouse Behaviors; [140])* mesure la perception de la fréquence de comportements de soutien social positif que l'individu reçoit du proche le plus significatif. Il est composé de 11 items répartis en 2 facteurs mesurant le soutien tangible et émotif général et spécifique aux difficultés vécues par le participant. La version québécoise présente une très bonne cohérence interne (0,87) et un indice de validité convergente avec l'Échelle de provisions sociales ($r = 0,44$; [141]); 2) Le *Questionnaire pour le soutien négatif perçu (Perceived Negative Spouse Behaviors; [140])* mesure la perception de la fréquence de comportements et d'interactions sociales négatives que l'individu reçoit du proche le plus significatif. Il est composé de 13 items répartis en 2 facteurs mesurant soit le retrait/éviter ou les critiques. La version québécoise présente une très bonne cohérence interne (0,84) et un indice de validité convergente avec l'Échelle de provisions sociales ($r = -0,43$; [141]). Pour les deux sous-échelles qui composent l'*Inventaire de soutien perçu*, les perceptions de la fréquence des comportements sont mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points allant de 1 (n'a jamais répondu de cette façon) à 4 (a souvent répondu de cette façon). Les répondants doivent indiquer leur réponse en fonction de leur perception des comportements de soutien reçus depuis l'ÉT ou depuis le dernier moment de mesure.

Le questionnaire maison *Soutien organisationnel* sert à mesurer le soutien instrumental, c'est-à-dire l'apport d'une aide tangible aux policiers après l'événement. Dans ce questionnaire, le policier doit indiquer s'il a reçu après l'ÉT ou depuis le dernier moment de mesure un congé de travail, des arrangements ou changements dans les tâches de travail, des indemnités, des consultations avec un psychologue, des consultations avec un membre de la fraternité, des consultations avec un policier-ressource ou du débriefing psychologique. Il mesure également le sentiment de valorisation dans l'accomplissement de son travail, le sentiment d'être efficace dans son travail et à quel point la couverture médiatique de l'ÉT l'a affecté. Ce questionnaire est administré à tous les moments de mesure.

L'*Échelle portant sur l'environnement social de groupe (Group Environment Scale; [142])* permet de mesurer les dimensions du climat social, et ce, dans trois domaines spécifiques : la dimension relationnelle, la dimension croissance personnelle et la dimension du système de maintien et de changement dans le groupe. Il s'agit d'un questionnaire comprenant 90 questions

et subdivisé en 10 sous-échelles et trois domaines. L'échelle possède une cohérence interne acceptable, une fidélité test-retest variant de 0,67 à 0,87 pour les sous-échelles et une excellente stabilité dans le temps. L'instrument présente également une bonne validité de construit. Pour les besoins de la présente recherche, nous n'avons retenu que trois sous-échelles (la cohésion du groupe, le leadership du responsable du groupe, et l'expressivité) qui font partie de la dimension « relationnelle » dans le groupe. Chaque sous-échelle comprend 9 questions qui se répondent sous la forme de vrai ou faux. Le score total de chaque sous-échelle peut varier de 0 à 9 où un score plus élevé représente respectivement une meilleure cohésion du groupe, un meilleur leadership du responsable du groupe et une meilleure expressivité des membres du groupe.

L'*Inventaire de la dépression de Beck-II* (IDB; *Beck Depression Inventory-II*; [143]) mesure la présence et l'intensité des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré de 21 questions qui est rempli par les participants. Le choix des réponses se fait sous forme d'une échelle de type Likert en quatre points allant de 0 à 3. Le score total varie de 0 à 63. L'instrument a été validé auprès de femmes et d'hommes québécois [144]. La mesure de cohérence interne révèle un coefficient de 0,82. La fidélité test-retest pour un intervalle de 3 mois est de 0,75. L'instrument présente également une bonne validité de construit. Par ailleurs, une étude psychométrique effectuée auprès d'étudiants universitaires francophones [145] démontre une bonne validité concurrente lorsque cet instrument est comparé aux autres mesures de dépression. Ce questionnaire est administré à tous les moments de mesure.

Le questionnaire ad hoc portant sur les *Recours aux services médicaux et psychologiques* permet de documenter l'utilisation des services de santé avant et après l'événement, et ce, afin de pouvoir connaître l'impact d'un ÉT sur la santé mentale et physique des participants. Toute consultation à des omnipraticiens, des spécialistes en médecine, des psychologues, des psychiatres ou en médecine alternative est notée, peu importe si la consultation est en lien avec des symptômes ou des problèmes reliés à l'ÉT ou non. Ce questionnaire est administré au T1 pour mesurer le recours à des services médicaux et psychologiques dans les 3 mois qui ont précédé l'ÉT, au T3 pour mesurer les services reçus dans les 3 mois après l'ÉT et au T4 pour mesurer les soins reçus dans les 3 derniers mois. La présence ou l'absence de douleurs et blessures physiques dues à l'ÉT est documentée ainsi que la perception des policiers quant à la sévérité de leurs douleurs/blessures. Les participants indiquent également s'ils ont obtenu des services médicaux en lien avec leurs douleurs/blessures.

Le tableau 2 permet de visualiser, de manière synoptique, les différentes variables mesurées dans le présent projet de recherche.

Tableau 2 - Principales variables mesurées en fonction des différents moments de mesure

Variables évaluées	Mesures	Moments d'évaluation			
		T1	T2	T3	T4
Variables pré-traumatiques					
Variabes sociodémographiques : genre, âge, niveau d'éducation, origine ethnique, statut civil, nombre d'enfants	Questionnaire ad hoc	X			
Variabes relatives au travail : grade, années d'expérience, nombre d'heures de travail par semaine	Questionnaire ad hoc	X			
Nombre d'événements stressants dans l'année précédant l'ÉT (p.ex., déménagement, problèmes légaux, difficultés financières, etc.)	<i>Life Stress Event Scale</i>	X			
Antécédents d'ÉSPT	<i>Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV (Structured Clinical Interview; SCID-I)</i>		X		
Antécédents psychologiques	<i>Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV (Structured Clinical Interview; SCID-I)</i>		X		
Antécédents psychologiques familiaux	Question ad hoc	X			
Recours à des soins médicaux et psychologiques dans les 3 mois précédant l'ÉT	Questionnaire ad hoc	X			
Stratégies de gestion de stress	<i>Inventaire de coping pour situations stressantes – Révisé (Coping Inventory for Stressful Situations; CISS; [124])</i>	X	X	X	X

ÉTs survenus dans l'enfance ou à l'âge adulte	<i>Life Events Checklist du Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; [126])</i>		X		
Personnalité résistante au stress	<i>Version française du Dispositional Resilience (Hardiness) Scale (DRS; [128])</i>		X		
Croyances face au monde et à leur valeur personnelle	<i>Échelle des croyances (World Assumptions Scale; [129])</i>	X	X	X	X
Sentiment d'auto-efficacité	<i>Échelle d'auto-efficacité (Self-efficacy Scale; [131])</i>	X	X	X	X
Variables péri-traumatiques					
Sévérité objective et subjective de l'ÉT	Questionnaire ad hoc	X			
Réactions dissociatives initiales	<i>Questionnaire sur les expériences dissociatives péritraumatiques (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire – Self-Report Version; PDEQ-SRV; [132])</i>	X			
Présence d'effroi	Questions ad hoc	X			
Réactions émotionnelles initiales	<i>Échelle des réactions émotionnelles initiales (Initial Subjective Reaction Emotional Scale of the Potential Stressful Events Interview; [136])</i>	X			
Réactions physiques initiales	<i>Échelle des réactions physiques initiales (Initial Subjective Reaction Physical Scale of the Potential Stressful Events Interview; [136])</i>	X			
Perception du soutien des collègues et des supérieurs	Question ad hoc	X			
Confiance de pouvoir intervenir de façon efficace	Question ad hoc	X			
Confiance en sa formation pour affronter un tel événement	Question ad hoc	X			
Confiance d'avoir assez d'expérience comme policier pour affronter un tel événement	Question ad hoc	X			

Niveau de contrôle perçu pendant l'événement	Question ad hoc	X			
Variables post-traumatiques					
État de stress aigu	<i>Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV (Structured Clinical Interview; SCID-I; [119])</i>	X	X		
Diagnostic d'état de stress post-traumatique (clinique et partiel)	<i>Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV (Structured Clinical Interview; SCID-I; [119])</i>		X	X	X
Fréquence et sévérité des symptômes de stress post-traumatiques	<i>Échelle modifiée des symptômes post-traumatiques (ÉMST; [137])</i>		X	X	X
Perception du soutien social positif reçu par un proche	<i>Questionnaire sur le soutien positif perçu (Perceived Supportive Spouse Behaviors) de l'Inventaire de soutien perçu (ISP; [139])</i>	X	X	X	X
Perception des interactions sociales négatives avec un proche	<i>Questionnaire sur le soutien négatif perçu (Perceived Negative Spouse Behaviors) de l'Inventaire de soutien perçu (ISP; [139])</i>	X	X	X	X
Soutien organisationnel reçu	Questionnaire ad hoc	X	X	X	X
Climat de l'environnement social du groupe	<i>Échelle de l'environnement social de groupe (Group Environment Scale ; [142])</i>	X	X	X	X
Symptômes dépressifs	<i>Inventaire de dépression de Beck-II (Beck Depression Inventory-II; IDB ; [143])</i>	X	X	X	X
Recours à des soins médicaux et psychologiques dans les 3 derniers mois	Questionnaire ad hoc			X	X
Nombre d'événements stressants vécus depuis le dernier moment de mesure (p.ex., déménagement, problèmes légaux, difficultés financières, etc.)	<i>Life Stress Event Scale</i>		X	X	X

3.3 Devis de recherche et variables étudiées

La présente étude est fondée sur un protocole de recherche *prospectif* à mesures répétées et constitue donc un devis de recherche quasi-expérimental. Les variables dépendantes, soit le diagnostic de l'ÉSPT (clinique et partiel) et l'intensité des symptômes, sont mesurées à chaque temps de mesure. Les variables indépendantes regroupent le moment de mesure et les facteurs de risque et de protection pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques. Les facteurs pré-traumatiques étudiés sont les caractéristiques sociodémographiques, le nombre d'années d'expérience à titre de policier, l'âge au moment de l'ÉT, les stratégies de gestion du stress, la personnalité résistante au stress, les croyances fondamentales, les troubles mentaux passés personnels et familiaux et les événements stressants et traumatiques antérieurs. Les facteurs péri-traumatiques abordent la sévérité de l'événement, la présence d'effroi, les réactions initiales de stress (soient les réactions émotionnelles et physiques), les réactions dissociatives et la perception de soutien reçu des confrères et des supérieurs pendant ou immédiatement après l'événement. Les facteurs post-traumatiques à l'étude sont le nombre de symptômes d'ÉSA, les symptômes de dépression, la perception du soutien social (soutien positif et interactions sociales négatives, le soutien organisationnel, l'évaluation du climat social de groupe, le recours aux services médicaux et psychologiques).

Tableau 3 - Protocole de recherche pour l'étude prospective à mesures répétées

<i>Variables étudiées</i>	<i>Temps de mesure</i>			
	Temps 1 (5 à 15 jours après l'événement)	Temps 2 (1 mois)	Temps 3 (3 mois)	Temps 4 (12 mois)
Variables indépendantes	X	X	X	X
Variables dépendantes		X	X	X

3.4 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon nécessaire pour réaliser la présente étude prospective fut établie en tenant compte des principales analyses statistiques planifiées pour tester nos hypothèses de recherche, soit la régression linéaire multivariée. Pour déterminer la taille d'échantillon requise afin de tester l'hypothèse nulle du risque relatif dans une étude prospective, nous avons utilisé la procédure décrite par Lemeshow, Hosmer, Klar et Lwanga [146]. Pour des erreurs de type alpha de 0,05, beta de 0,20, et une taille de l'effet minimale de $p = 0,5$, le test unilatéral requiert un échantillon de 94 policiers exposés à un incident critique. Puisque nous estimons expérimenter un taux d'attrition d'environ 10 %, nous avons planifié de recruter 103 participants. Néanmoins, dû à diverses difficultés de recrutement, nous n'avons initialement recruté que 83 participants. Ce nombre correspond à 90 % de notre objectif initial. La raison principale de cette difficulté à recruter le nombre optimal de policiers provient du fait que nous étions dépendants de la

survenue ou non d'incidents critiques durant la période de l'étude et il s'est avéré qu'il y a eu moins d'incidents majeurs que par les années précédentes.

3.5 Considérations éthiques

Les participants de cette étude ont lu et signé un formulaire de consentement éclairé. Chaque participant a été informé du fait que sa participation était libre et qu'il pouvait se retirer de l'étude à tout moment et sans préjudice. De plus, chacun a reçu une copie du formulaire de consentement. Afin de respecter la confidentialité et l'anonymat des sujets, tous les questionnaires ont été codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du coordonnateur de la recherche. Par ailleurs, tous les questionnaires seront détruits 5 années après la fin de la recherche. De plus, des ressources sont mises à la disposition des policiers en cas de besoin. Le présent projet de recherche a reçu l'approbation du comité éthique du département de psychologie de l'UQÀM.

4. RÉSULTATS

4.1 Taux de participation

La Figure 1 représente les étapes de recrutement des participants : le nombre de policiers qui nous ont contactés, ainsi que le nombre de policiers ayant refusé de participer. Quarante-vingt-neuf policiers nous ont contactés à la suite d'un ÉT entre 2006 et 2010. Au total, sept participants ont abandonné l'étude dont deux au T2 et cinq au T3. Quatre policiers évoquent le manque de temps et deux autres le manque d'intérêt et le fait d'avoir été assigné en mission à l'extérieur. Un autre participant n'a jamais retourné les appels.

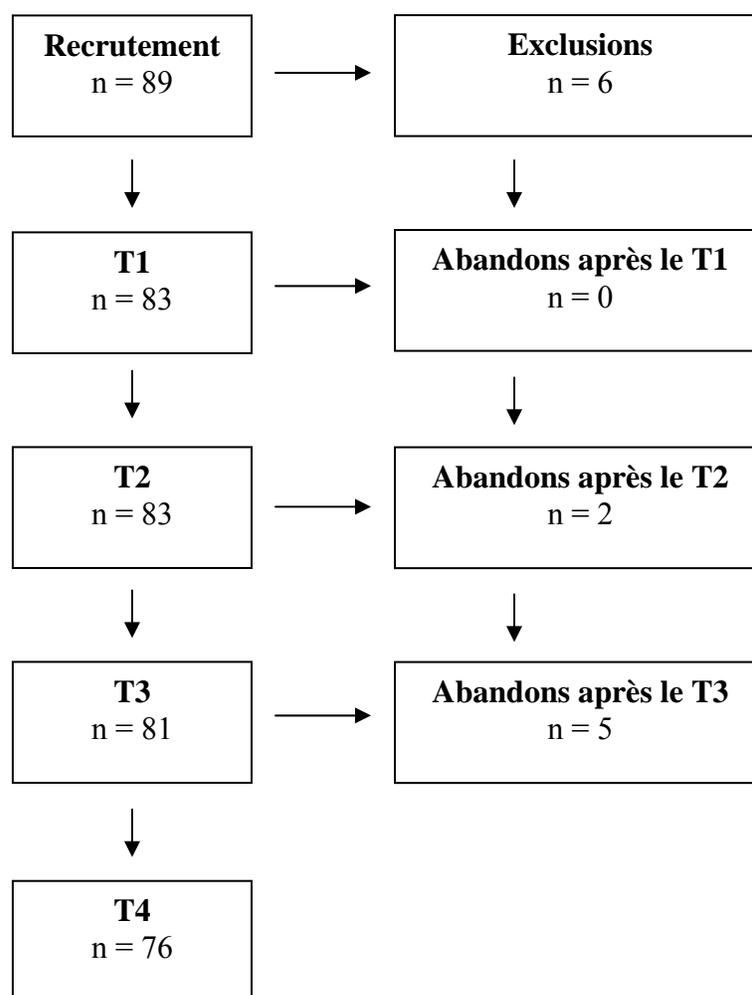


Figure 1 – Participants retenus pour chaque moment de mesure

Ainsi, il convient de rester prudent dans l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus, car l'échantillon constitué n'est pas nécessairement représentatif de la communauté policière du SPVM ayant vécu un ÉT au cours des 4 dernières années. En effet, ce ne sont pas tous les policiers ayant vécu un événement majeur qui ont participé à la recherche ni un échantillon aléatoire probabiliste de ceux-ci. Ces conditions ne permettent pas aux chercheurs d'émettre des conclusions définitives pour l'ensemble de la population policière. Les résultats de l'étude ne s'appliquent formellement qu'aux répondants de l'étude.

4.2 Données quantitatives

4.2.1 Analyses statistiques

Les analyses statistiques portant sur les données quantitatives sont conduites de façon à décrire adéquatement la population à l'étude et à tester les hypothèses de recherche. Le niveau de signification adopté est fixé à 0,05 et des tests unilatéraux sont utilisés. Les distributions des facteurs sont décrites en termes de moyenne ou de pourcentage. Les analyses de prédiction concernant l'apparition des symptômes d'ÉSPT sont basées sur des modèles de régression linéaire. Les détails concernant ces analyses sont abordés dans la section 4.3 sur les données prévisionnelles.

4.2.2 Description des policiers impliqués dans un ÉT

Les données sociodémographiques des policiers impliqués dans un ÉT sont présentées dans le Tableau 1. L'âge, le genre, le statut civil, le nombre d'enfants, le nombre d'années de scolarité et le nombre d'années d'expérience sont analysés en tant que prédicteurs potentiels de l'ÉSPT.

La Figure 2 donne de l'information concernant les grades des policiers qui ont participé à la recherche à la suite d'un ÉT. Ils sont divisés parmi les catégories suivantes : 1) « agent de quartier » : cette catégorie comprend les agents, les constables, les policiers à l'intervention tactique et ceux travaillant à l'identité; 2) « agent de quartier sénior » : cette catégorie comprend le même type d'agent que précédemment, mais ils possèdent une plus grande expérience et ont réussi un examen. Qui plus est, ils peuvent être appelés à effectuer une fonction supérieure; 3) « sergent de quartier » : cette catégorie comprend les sergents et les superviseurs; 4) « agent d'intervention » : ces agents font partie d'un des groupes d'intervention au SPVM. Ils apportent un support spécialisé aux PDQ (équipements et entraînement pour les émeutes, pour suspects barricadés, plan de mobilisation pour disparition ou périmètre de sécurité, support au soutien opérationnel, répondent à des appels de service des PDQ lorsque les priorités sont élevées, etc.); 5) « autre » : cette catégorie comprend les agents enquêteurs, les sergents détectives, les sergents. Près de 78 % des policiers se classent dans les catégories « agent de quartier » et « agent de quartier sénior », alors que 22 % se classent dans les catégories « sergent de quartier ou capitaine », « agent d'intervention » et « autre ».

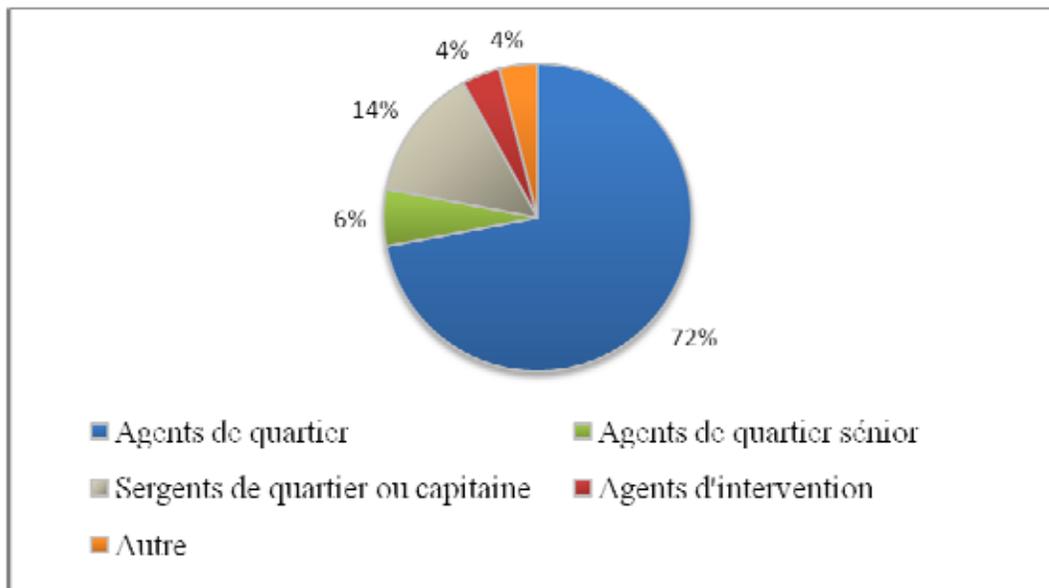


Figure 2 - Grades des policiers (n = 83)

4.2.3 Description de l'ÉT

Un ÉT implique d'avoir été victime ou témoin d'un événement durant lequel des individus ont pu mourir, être gravement blessés ou durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée. La Figure 3 illustre les éléments qui font partie de l'ÉT vécu par les policiers. La majorité des ÉT vécus par les policiers comprend une menace pour la vie du policier ou celle d'autrui. Les événements les plus fréquemment mentionnés par les policiers sont : être menacé avec une arme à feu, être en danger de mort ou craindre pour sa vie, être pris au piège dans une situation qui pourrait mettre sa vie en danger et rencontrer un adulte battu violemment ou grièvement blessé. Par ailleurs, 64% des policiers disent avoir eu recours à leur arme à feu, 11% ont tiré des coups de feu, alors que 28% des participants auraient eu recours à une autre arme lors de l'intervention. Parmi les ÉT décrits par les polices, on dénote que 39% des policiers ont vécu des fusillades, 14% une émeute, 10% un drame familial avec décès d'enfants, 10% une poursuite en voiture, 4% un accident de voiture mortel et 24% d'autres ÉT. Il est important d'observer dans la figure 3 que les éléments qui font partie de l'ÉT vécu par les policiers ne sont pas mutuellement exclusifs. Par exemple, un policier peut s'être senti menacé par une arme à feu et avoir été témoin de la mort d'une personne dans le même événement.

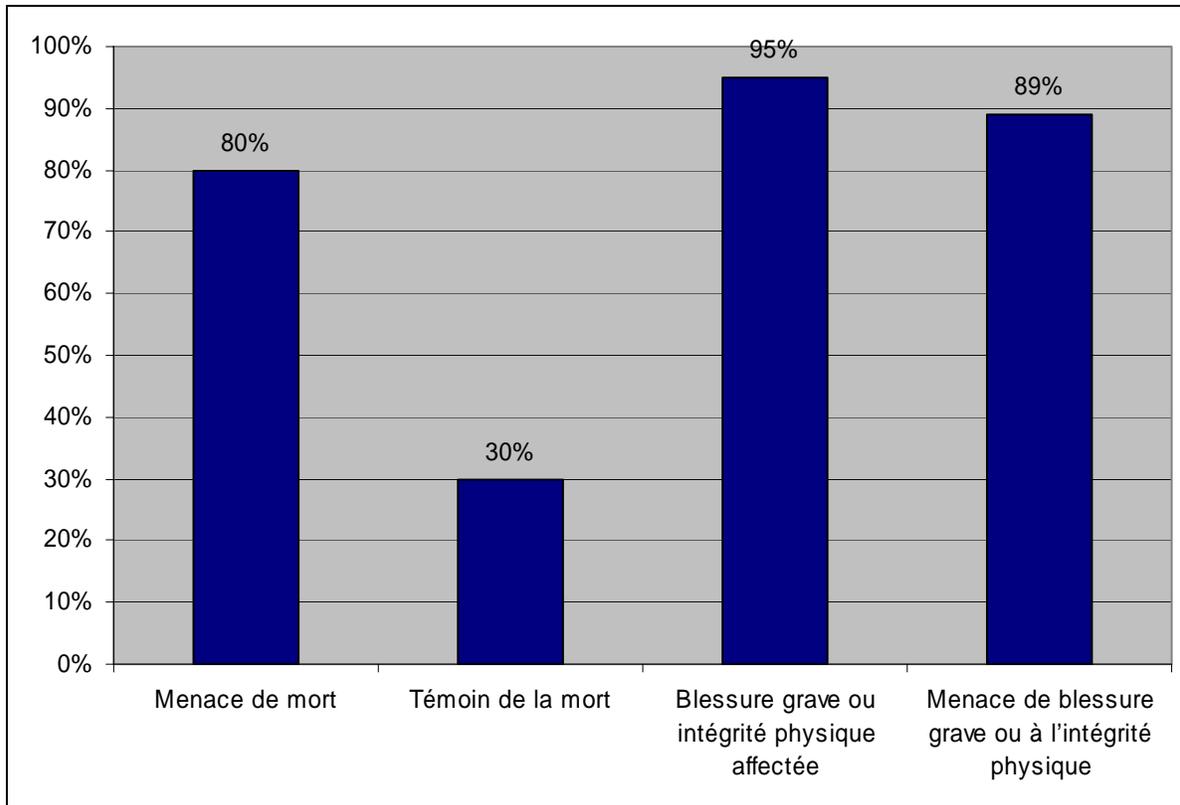


Figure 3 – Caractéristiques de l'événement traumatique (n = 83)

Selon le critère diagnostique A de l'ÉSPT du DSM-IV-TR, un événement est considéré traumatique si au moins une des trois émotions suivantes survient chez la personne exposée : une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou de l'horreur. Dans notre étude, l'émotion la plus souvent rapportée est le sentiment d'impuissance chez 80 % des policiers, suivie d'une réaction de peur intense pour 59 % d'entre eux. Peu de policiers (21 %) rapportent avoir vécu de l'horreur. Par ailleurs, l'équipe de recherche joint aux trois émotions spécifiées au critère A de l'ÉSPT trois autres émotions : la colère, la culpabilité, et la honte ainsi qu'une réaction, soit l'effroi qui implique l'absence d'émotion ou une restriction des affects. En fait, 58% des policiers mentionnent avoir vécu de la colère lors de l'ÉT, 2 % de la honte, 17 % de la culpabilité et 8% de l'effroi. Dans notre étude, seulement 2,4 % des participants n'ont fait l'expérience d'aucune des trois émotions spécifiées dans le DSM-IV-TR. Ces participants rapportent avoir vécu plutôt de la colère et de la culpabilité en lien avec l'événement. La Figure 4 illustre la proportion de participants ayant ressenti chacune des 6 émotions ou la réaction d'effroi lors de l'événement. Il est important de noter dans la figure 4 que le pourcentage total d'émotions ressenties est supérieur à 100%, car les participants avaient la possibilité d'énumérer plus d'une émotion.

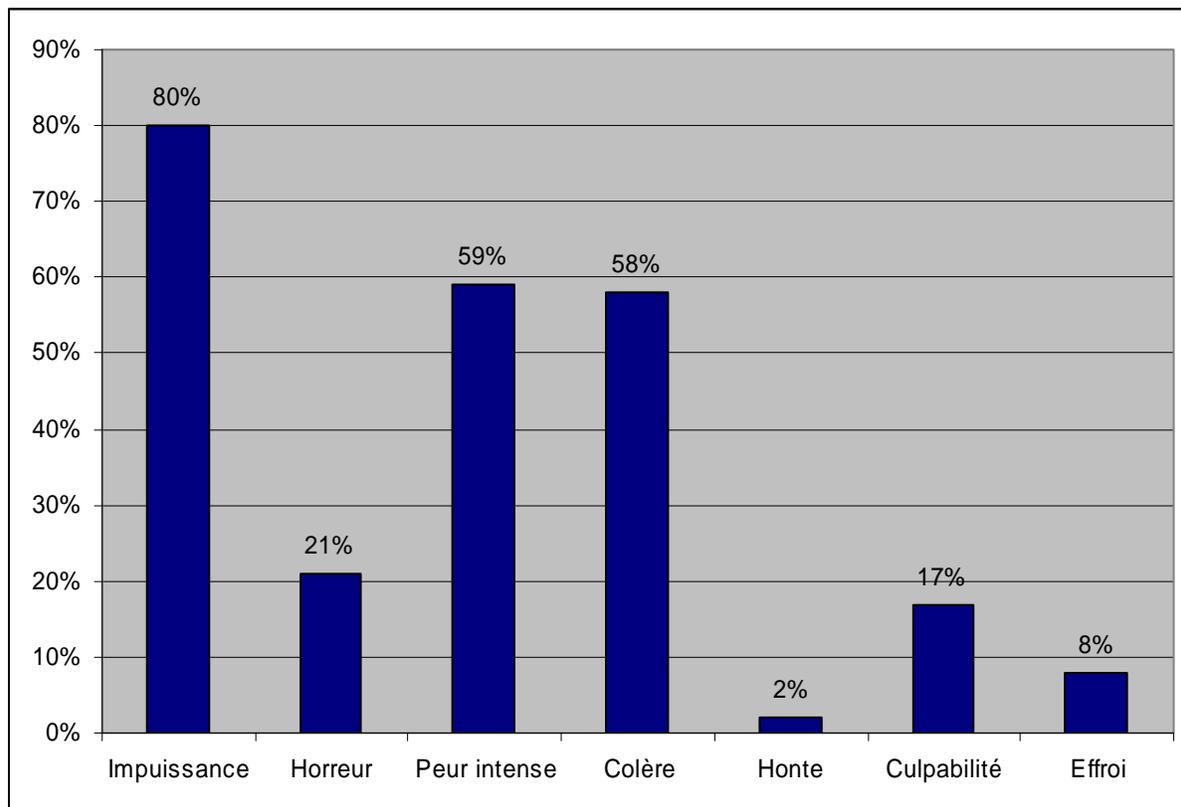


Figure 4 – Émotions vécues pendant ou immédiatement après l'ÉT (n = 83)

4.2.4 Prévalence de l'ÉSA et de l'ÉSPT

Dans le premier mois suivant le trauma (voir le Tableau 4), 9 % des participants développent un état de stress aigu (ÉSA) clinique. Quatre des 7 participants présentant un ÉSA clinique développent par la suite soit un ÉSPT clinique (n = 2) ou partiel (n = 2). Parmi les participants, 3 % d'entre eux présentent un ÉSPT clinique à 1 mois en réponse à l'ÉT, 9 % ont un ÉSPT partiel. En fait, 4 % présentent un ÉSPT partiel à 3 mois et à un an. Presque 7 % de l'échantillon ont déjà eu un ÉSPT clinique avant l'ÉT au travail pour lequel ils participent au présent projet de recherche. Dans les faits, on observe un taux de rémission d'ÉSPT, à la suite de l'ÉT au travail, complet ou partiel dans le temps (de 12% à 4%). Une analyse de variance à mesures répétées permet de constater un effet temps au niveau de la rémission des symptômes, c'est-à-dire une diminution significative de l'intensité des symptômes tel que mesuré par les scores totaux de l'ÉMST ($p < .05$). Les analyses post-hoc permettent d'observer une réduction significative des symptômes entre le T2 et le T3 et cette diminution se maintient entre le T3 et T4. À titre indicatif, tous les scores (fréquence et sévérité) de l'ÉMST se trouvent en-dessous du seuil clinique et demeurent en moyenne relativement faibles (T2 = 7; T3 = 4; T4 = 3). Un diagnostic d'un ÉSPT partiel s'applique lorsqu'un sujet ne présente pas suffisamment de symptômes pour remplir les conditions d'un ÉSPT clinique, mais présente au moins un symptôme des critères B, C et D ou au moins un symptôme du critère B et deux symptômes du critère D du DSM-IV [7]. Les individus ayant un diagnostic clinique ne peuvent être les mêmes que ceux qui ont un

diagnostic partiel. Inclure les individus qui possèdent un diagnostic partiel dans nos analyses permet de considérer des individus qui éprouvent de nombreux symptômes d'ÉSPT sans avoir le diagnostic, des individus ayant de fortes réactions post-traumatiques, mais généralement omis ou négligés dans les études empiriques.

Tableau 4 - Diagnostics de l'ÉSA et de l'ÉSPT des participants pour chaque temps de mesure

Diagnostics	Temps de mesure				
	T0 (n = 83)	T1 (n = 83)	T2 (n = 83)	T3 (n = 81)	T4 (n = 76)
	%	%	%	%	%
ÉSPT avant l'ÉT au travail					
Diagnostic clinique et partiel	18	-	-	-	-
Diagnostic clinique	7	-	-	-	-
Diagnostic partiel	11	-	-	-	-
ÉSA à la suite de l'ÉT au travail					
Diagnostic clinique	-	9	10	-	-
ÉSPT à la suite de l'ÉT au travail					
Diagnostic clinique et partiel	-	-	12	4	4
Diagnostic clinique	-	-	3	0	0
Diagnostic partiel	-	-	9	4	4

Note. % = pourcentage.

4.3 Données prévisionnelles

4.3.1 Prédiction des symptômes de l'ÉSPT

Étant donné l'absence de diagnostic clinique d'ÉSPT aux T3 et T4 et le petit nombre de cas ayant un diagnostic partiel d'ÉSPT, aucune analyse de prédiction n'a été réalisée sur ces données. Les analyses de prédiction et les corrélations sont donc effectuées sur les scores obtenus à l'ÉMST aux T2, T3 et T4.

4.3.1.1 Procédure de remplacement des données manquantes

À l'occasion, certains participants présentaient des données manquantes à l'un des temps de mesure au niveau de leur score à l'échelle de symptômes. Ces données ont été remplacées selon un algorithme qui tenait compte à la fois de la moyenne longitudinale de chaque individu et de la

moyenne de groupe pour chaque temps. Moins de 5% des données ont été remplacées. Comme l'étude n'est pas une comparaison de traitements, la méthode de remplacement du *last-score-carried-forward* qui est utilisée comme procédure d'intention de traitement (*intent-to-treat*) n'est pas adéquate, car elle surestimerait les symptômes en T3 et T4.

4.3.1.2 Modèles d'analyses statistiques

Les analyses de régressions linéaires hiérarchiques concernant la prédiction des symptômes de l'ÉSPT ont été effectuées indépendamment pour chaque temps de mesure (aux T2, T3 et T4). Pour ces analyses, les prédicteurs ont été regroupés en trois grandes catégories, soit (a) les variables sociodémographiques et pré-traumatiques, (b) les variables péri-traumatiques et (c) les variables post-traumatiques. Les variables sociodémographiques incluent le genre, l'âge au moment de l'étude, l'état civil, le fait de provenir d'une minorité ethnique, le nombre d'années de vie en couple, le nombre d'enfants, le nombre d'années d'études, le nombre d'années d'expérience dans la police, le nombre d'heures de travail par semaine, la qualité des relations avec les confrères de travail, le niveau général de satisfaction du soutien offert par le service de police, la ou les relèves de travail faites par le policier et l'historique des événements stressants. Les variables pré-traumatiques incluent le nombre d'événements stressants survenus dans l'année précédant l'événement, le diagnostic clinique ou partiel d'un ÉSPT avant l'événement au travail qui fait l'objet de notre étude, le diagnostic clinique de troubles psychiatriques passés, la présence de troubles psychologiques dans la famille, les stratégies de gestion des situations de stress, les croyances sur le monde, le sentiment d'auto-efficacité, la disposition à la résilience, l'historique des événements stressants et le recours à des soins médicaux et psychologiques dans les 3 mois qui ont précédé l'ÉT. Les variables péri-traumatiques incluent le niveau de contrôle perçu par rapport à l'événement, la confiance dans l'efficacité de son intervention, la sévérité de l'événement, les réactions émotionnelles initiales, les réactions physiques initiales, la dissociation, la satisfaction du soutien reçu de la part des collègues et de la part du supérieur pendant ou immédiatement après l'ÉT. Finalement, les variables post-traumatiques incluent le nombre de symptômes cliniques d'ÉSA au T1, les symptômes dépressifs, les événements stressants vécus post-ÉT, le niveau de soutien (positif et négatif) entre l'événement et le T1, si le policier a eu un congé, s'il y a eu un réaménagement des tâches de travail, s'il a consulté la Fraternité, s'il a consulté un policier-ressource, s'il a consulté un psychologue au PAPP, s'il a reçu un débriefing, l'intensité du sentiment de valorisation dans l'accomplissement de son travail et du sentiment d'être efficace dans son travail, la satisfaction du soutien reçu des collègues, la satisfaction du soutien reçu du superviseur, le recours aux services médicaux et psychologiques, les croyances sur le monde, les dispositions à la résilience, la perception de la cohésion du groupe de travail et du leadership du responsable du groupe, le sentiment d'auto-efficacité, l'inventaire de coping pour les situations stressantes, la satisfaction du soutien offert par les services de police, ainsi que l'impact négatif de la couverture médiatique.

L'analyse des facteurs prévisionnels des symptômes d'ÉSPT a été effectuée en deux grandes phases, soit l'identification des meilleurs prédicteurs et l'élaboration de modèles de prédiction. Pour identifier les meilleurs prédicteurs sur le plan des symptômes, des corrélations ont été effectuées entre les différents prédicteurs et le niveau de symptômes à chacun des trois temps de mesure. Le Tableau 5 permet d'observer les données obtenues pour les variables qui obtiennent

une corrélation statistiquement significative avec les scores totaux à l'ÉMST aux T2, T3 ou T4. Les informations sont présentées par catégorie de variables pré, péri et post-traumatiques.

Par la suite, des modèles de prédiction du niveau de symptômes d'ÉSPT ont été effectués indépendamment pour les T2, T3 et T4. Les variables qui n'étaient pas statistiquement corrélées à la variable dépendante (telles qu'identifiées lors de la phase précédente) n'étaient pas considérées pour la modélisation. Cette procédure assurait de limiter l'analyse à des variables pertinentes pour la modélisation et permettait d'éviter d'augmenter artificiellement la quantité totale de variance expliquée des modèles avec le bruit statistique résultant de l'ajout de plusieurs variables peu corrélées à la variable dépendante. Toutes les analyses ont été faites à partir des variables originales. Par contre, lorsque certaines variables avaient des distributions anormales, des versions normalisées de ces variables étaient produites par transformation mathématique et les analyses étaient aussi faites en parallèle sur ces variables transformées. Seules les analyses avec les variables originales sont présentées dans ce rapport pour faciliter l'interprétation des résultats. Par contre, une vérification a été faite pour s'assurer que les effets présentés comme statistiquement significatifs le restaient lorsque les variables transformées étaient utilisées. Si une différence à ce niveau était signalée, elle est mentionnée dans le présent rapport. Cela permet d'assurer que les effets présentés ne sont pas le résultat d'artéfacts méthodologiques. Pour ces analyses parallèles sur variables normalisées, (a) les trois variables dépendantes, le nombre d'enfants, le score de dissociation et le score de dépression au T1 ont été transformés par une racine quaternaire, (b) les scores de l'Échelle des réactions émotionnelles initiales et le nombre de symptômes cliniques d'ÉSA au T1 ont été transformés par une racine carrée, et (c) l'Échelle Émotion du questionnaire des stratégies de gestion du stress, l'impact négatif de la couverture médiatique entre l'événement et le T1, et la présence d'un soutien négatif entre l'événement et le T1 ont été transformés par un logarithme naturel. Les autres variables n'ont pas eu besoin d'être transformées pour ces analyses.

Pour chacune des trois variables dépendantes (c.-à-d., le score global de la fréquence et de l'intensité des symptômes à l'ÉMST aux T2, T3 et T4), une modélisation en trois étapes successives a été effectuée. L'étape 1 incluait seulement les variables pré-traumatiques (contenant aussi les variables sociodémographiques), l'étape 2 introduisait les variables péri-traumatiques au modèle de l'étape 1 et l'étape 3 insérait les variables post-traumatiques au modèle de l'étape 2. Les modèles ont été optimisés en ajoutant les variables une à la fois et en ne gardant à chaque étape que celles qui avaient un effet statistiquement significatif. Lorsque plus d'une variable à l'intérieur d'une même étape avait un effet significatif, celle qui ajoutait le plus au modèle était introduite en premier. Les autres n'étaient ajoutées que si elles ajoutaient une quantité statistiquement significative de variance expliquée au modèle. Pour assurer que les modèles des trois étapes successives restent nichés l'un dans l'autre, les variables introduites à l'étape précédente étaient conservées même si l'introduction d'une nouvelle variable amenait leur niveau de signification statistique à baisser en deçà du seuil de signification ($p = 0,05$). Les tableaux 6, 7 et 8 présentent les modèles prédictifs respectivement pour le niveau de symptômes aux T2, T3 et T4.

Tableau 5 - Description des variables statistiquement corrélées avec les scores à l'ÉMST aux T2, T3 et T4

Moments d'évaluation	<i>M / %</i>	<i>T2</i>	<i>T3</i>	<i>T4</i>
Variables pré-traumatiques		<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Stratégies de gestion du stress (Échelle Émotion)	27,1	0,58	0,43	0,40
Auto-efficacité (Échelle Sociale)	21,8	-0,23	-0,24	-0,27
Nombre d'enfants	0,8	ns	0,27	ns
Variables péri-traumatiques				
Sévérité objective et subjective de l'événement	18,9	ns	ns	0,25
Durée de l'événement (min.)	84,0	0,37	ns	ns
Échelle des réactions physiques initiales	14,2	0,42	0,43	0,35
Échelle des réactions émotionnelles initiales	24,9	0,49	0,49	0,46
Dissociation	15,4	0,49	0,37	0,40
Variables post-traumatiques				
Nombre de symptômes cliniques d'ÉSA au T1	2,9	0,64	0,61	0,46
Inventaire de dépression de Beck au T1	4,2	0,67	0,60	0,50
Présence d'un soutien négatif entre l'événement et le T1 (Échelle Critique)	4,6	0,30	0,28	ns
Présence d'un soutien positif entre l'événement et le T1	30,5	0,26	0,28	ns
Impact négatif de la couverture médiatique entre l'événement et le T1	1,8	0,42	0,38	0,31
A consulté la Fraternité entre l'événement et T1	28,2%	0,45	0,37	0,30
A consulté un psychologue au PAPP entre l'événement et le T1	20,5%	0,44	0,45	0,37

Note. *M* = Moyenne. *r* = coefficient de Pearson significatif à $p < .05$. ns = non significatif.

Tableau 6 – Modèle prédictif du niveau de symptômes d'ÉSPT au T2 (n = 71)

Variables introduites dans le modèle	Étape 1	Étape 2	Étape 3
	B / p	B / p	B / p
Stratégies de gestion du stress (Échelle Émotion)	0,58 / ***	0,50 / ***	0,23 / *
Échelle des réactions physiques initiales	N/A	0,23 / *	0,09 / ns
Inventaire de dépression de Beck au T1	N/A	N/A	0,52 / ***
Caractéristiques du modèle	Valeurs des indicateurs de modèle		
Proportion de variance expliquée totale	0,34	0,39	0,53
Proportion de variance expliquée ajoutée	0,34	0,05	0,15
Valeur <i>p</i> de la proportion de variance ajoutée	***	*	***

Note. B = Beta standardisé. *P* = valeur *p* du Beta. N/A = non-applicable.

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .0001$, ns = non significatif.

Tableau 7 – Modèle prédictif du niveau de symptômes d'ÉSPT au T3 (n = 69)

Variables introduites dans le modèle	Étape 1	Étape 2	Étape 3
	B / p	B / p	B / p
Stratégies de gestion du stress (Échelle Émotion)	0,43 / ***	0,31 / **	0,15 / ns
Échelle des réactions physiques initiales	N/A	0,34 / **	0,14 / ns
Nombre de symptômes d'ÉSA	N/A	N/A	0,45 / ***
Caractéristiques du modèle	Valeurs des indicateurs de modèle		
Proportion de variance expliquée totale	0,18	0,28	0,40
Proportion de variance expliquée ajoutée	0,18	0,10	0,12
Valeur <i>p</i> de la proportion de variance ajoutée	***	**	***

Note. B = Beta standardisé. *P* = valeur *p* du Beta. N/A = non-applicable.

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .0001$, ns = non significatif.

Tableau 8 – Modèle prédictif du niveau de symptômes d'ÉSPT au T4 (n = 72)

Variables introduites dans le modèle	Étape 1	Étape 2	Étape 3
	B / p	B / p	B / p
Stratégies de gestion du stress (Échelle Émotion)	0,40 / ***	0,22 / ns	0,06 / ns
Échelle des réactions émotionnelles initiales	N/A	0,31 / *	0,23 / ns
Inventaire de dépression de Beck au T1	N/A	N/A	0,33 / **
Caractéristiques du modèle	Valeurs des indicateurs de modèle		
Proportion de variance expliquée totale	0,16	0,22	0,28
Proportion de variance expliquée ajoutée	0,16	0,06	0,06
Valeur <i>p</i> de la proportion de variance ajoutée	***	*	**

Note. B = Beta standardisé. *P* = valeur *p* du Beta. N/A = non-applicable.

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .0001$, ns = non significatif.

4.3.1.3 Interprétation des modèles prédictifs des niveaux de symptômes d'ÉSPT au T2, T3 et T4

Au niveau des variables pré-traumatiques, les analyses bivariées et les modèles de prédiction (étape 1) font ressortir l'importance de tenir compte du niveau d'utilisation de stratégies émotionnelles pour gérer le stress dans la prédiction du niveau d'intensité des symptômes, indépendamment des moments de mesure. Plus les individus ont tendance à utiliser des stratégies émotionnelles afin de gérer leur stress, plus ils auront tendance à développer des symptômes d'ÉSPT par la suite. Cette relation explique entre 16% et 34 % de la variance en ce qui concerne l'intensité de la symptomatologie d'ÉSPT compte tenu de trois temps de mesure. D'autres variables, telle que l'échelle sociale d'auto-efficacité, ont une certaine valeur prédictive, mais aucune autre variable pré-traumatique n'ajoute quelque chose de statistiquement significatif au-delà de la variance expliquée par le niveau d'utilisation des stratégies émotionnelles de gestion du stress.

Au niveau des variables péri-traumatiques, les analyses bivariées suggèrent que les prédicteurs ayant un impact important sur le développement de l'intensité des symptômes d'ÉSPT sont, pour tous les temps de mesure, les échelles évaluant l'ampleur des réactions au moment de l'ÉT (c.-à-d., les réactions physiques, les réactions émotionnelles et la dissociation). Deux autres caractéristiques présentent lors de l'ÉT, soit sa sévérité et sa durée, sont aussi reliées à l'intensité des symptômes d'ÉSPT, mais dans une moindre mesure.

Lorsque les variables péri-traumatiques sont ajoutées à l'utilisation de stratégies émotionnelles de gestion de stress dans les modèles de prédiction (étape 2), les analyses confirment l'importance de tenir compte de l'ampleur des réactions pendant le trauma pour améliorer le pouvoir prédictif des modèles. La procédure d'optimisation des modèles a favorisé les réactions

physiques pour prédire les symptômes d'ÉSPT aux T2 et T3 et les réactions émotionnelles pour prédire les symptômes d'ÉSPT au T4, mais ces résultats ne devraient pas être vus comme étant en contradiction. En effet, les scores obtenus aux instruments de mesure des réactions physiques, des réactions émotionnelles et de la dissociation sont fortement inter-corrélés et sont tous de très bons prédicteurs des symptômes d'ÉSPT et ce, à tous les temps de mesure. Le fait que la procédure d'optimisation ait favorisé une de ces trois variables au dépend des deux autres n'implique donc pas la non-pertinence des deux autres mesures. Il est plus prudent dans ce cas de considérer ces trois variables comme des aspects complémentaires de l'ampleur de la réaction au moment du trauma. Par conséquent, il est possible d'affirmer que les analyses démontrent qu'au-delà du niveau d'utilisation des stratégies émotionnelles de gestion du stress, l'ampleur des réactions au moment du trauma semble un bon prédicteur de la tendance à développer des symptômes d'ÉSPT par la suite. Cette relation explique entre 5% et 10% de la variance au niveau des symptômes d'ÉSPT (dépendamment des moments de mesure) au-delà de ce qui est déjà expliqué par l'utilisation des stratégies émotionnelles de gestion du stress. Aucune autre variable péri-traumatique n'ajoute quelque chose de statistiquement significatif au-delà de la variance expliquée par l'ampleur des réactions lors de l'ÉT et par le niveau d'utilisation des stratégies émotionnelles pour gérer le stress.

Au niveau des variables post-traumatiques, les analyses bivariées démontrent clairement les fortes relations entre les échelles de symptômes au T1 (ÉSA et IDB) et l'intensité des symptômes d'ÉSPT au T2, T3 et T4, avec des corrélations oscillant entre 0,46 et 0,67. De plus, l'impact négatif de la couverture médiatique et le fait d'avoir consulté soit la Fraternité ou un psychologue au PAPP entre l'ÉT et le T1 sont aussi de bons prédicteurs des symptômes d'ÉSPT aux T2, T3 et T4, avec des corrélations oscillant entre 0,30 et 0,45. Finalement, le niveau de soutien positif et de critiques perçues dans l'entourage entre l'événement et le T1 sont aussi des prédicteurs des symptômes d'ÉSPT, mais dans une moindre mesure, seulement au T2 et T4 avec des corrélations oscillant entre 0,26 et 0,30.

Lorsque les variables post-traumatiques sont ajoutées aux variables pré et péri-traumatiques dans les modèles de prédiction (étape 3), les analyses confirment l'importance de tenir compte des échelles de symptômes au T1 pour améliorer le pouvoir prédictif des modèles. La procédure d'optimisation des modèles a favorisé le niveau de dépression pour prédire les symptômes d'ÉSPT aux T2 et T4 et le nombre de symptômes d'ÉSA pour prédire les symptômes d'ÉSPT au T3, mais, comme pour les variables péri-traumatiques, ces résultats ne devraient pas être perçus comme étant en contradiction. En effet, les deux échelles mesurant des symptômes distincts au T1 (l'ÉSA et l'IDB) sont très inter-corrélées et sont toutes deux de très bons prédicteurs des symptômes d'ÉSPT à tous les temps de mesure. Ces deux variables peuvent donc être considérées comme deux aspects complémentaires de l'intensité des symptômes au T1. On peut donc conclure que les analyses démontrent qu'au-delà du niveau d'utilisation des stratégies émotionnelles de gestion du stress et de l'ampleur des réactions au moment de l'événement traumatique, l'intensité des symptômes d'ÉSA et de dépression au T1 sont de bons prédicteurs de la tendance à développer des symptômes d'ÉSPT par la suite. Cette relation explique entre 6% et 15 % de la variance au niveau des symptômes d'ÉSPT (en fonction des moments de mesure) au-delà de ce qui est déjà expliqué par l'utilisation des stratégies émotionnelles de gestion du stress et par l'ampleur des réactions au moment du trauma. Aucune autre variable post-

traumatique n'ajoute quelque chose de statistiquement significatif au-delà de la variance expliquée par l'ampleur des réactions au trauma et par le niveau d'utilisation des stratégies émotionnelles de gestion du stress. On peut donc supposer que les relations entre les symptômes d'ÉSPT et les autres variables post-traumatiques pourraient simplement être le résultat de l'impact de l'intensité des symptômes dépressifs et de stress aigu au T1 sur ces variables.

5. DISCUSSION

Le présent projet de recherche vise à remédier à la pénurie d'études dans le milieu policier, à l'absence d'études de nature prospective, à certaines lacunes méthodologiques qui existent présentement dans les écrits scientifiques et afin de faire avancer les connaissances en ce qui a trait aux facteurs prévisionnels de l'ÉSPT chez les policiers. Il constitue le deuxième volet d'un programme de recherche qui a été conduit de façon prospective. Cependant, lors de cette discussion, nous allons non seulement examiner les données obtenues dans la présente étude prospective, mais nous allons également établir certaines relations ou comparaisons avec celles obtenues lors du premier volet *rétrospectif* [1]. À titre indicatif, voici un bref résumé de la méthodologie utilisée dans le volet *rétrospectif* du présent programme d'étude. Dans ce volet, cent soixante-neuf policiers provenant du Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM) ont participé à l'étude sur une base volontaire. Parmi ceux-ci, 132 policiers ont été exposés à au moins un ÉT au travail et ont complété l'étude rétrospective (devis transversal et corrélational). Un ÉT implique d'avoir été victime ou témoin d'un événement durant lequel des individus ont pu mourir, être gravement blessés ou durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée. Lorsque le policier rapporte avoir vécu plusieurs ÉTs, l'entrevue porte principalement sur l'événement qui a le plus perturbé le policier. Une seule rencontre d'évaluation a été effectuée pour la cueillette d'information. Des entrevues semi-structurées ainsi que des questionnaires ont été utilisés afin de déterminer la présence de l'ÉSPT et d'évaluer divers facteurs prévisionnels associés au développement de l'ÉSPT. Des analyses statistiques multivariées ont contribué à préciser les principaux facteurs prévisionnels en jeu et la force de leur impact sur la modulation de l'ÉSPT. Les principaux résultats de l'étude rétrospective sont repris dans le tableau 9 de cette section et comparés à ceux de l'étude prospective.

Donc, nous allons interpréter les résultats acquis en fonction des hypothèses proposées dans le volet II et des résultats obtenus dans le volet I, ainsi que les recherches antérieures. Nous allons également présenter des pistes de recherche et discuter des implications cliniques qui dérivent des résultats observés à la fois dans le volet *rétrospectif* et le volet *prospectif*. Il faut se rappeler que l'objectif général de la recherche visait à mieux comprendre le développement de l'ÉSPT chez les policiers par une meilleure connaissance des facteurs associés. Plus spécifiquement, la recherche consiste à évaluer chez les policiers les facteurs de risque qui augmentent leur vulnérabilité à développer un ÉSPT ainsi que les facteurs de protection qui facilitent leur adaptation après un événement à potentiel traumatique.

5.1 Données quantitatives

Au niveau du présent *volet prospectif*, 100 % des policiers ont vécu un ÉT récent dans le cadre de leurs fonctions et 3 % ont souffert d'un ÉSPT clinique, alors que 9 % ont vécu un ÉSPT partiel. Il faut faire attention lorsque l'on compare les données obtenues, car le déroulement du recrutement n'est pas le même dans les deux volets. L'*étude rétrospective* avait une catégorie pour les policiers impliqués et pour les policiers non impliqués dans un ÉT (ce qui explique le 84%), alors que dans le volet *prospectif*, avoir vécu un ÉT est un critère de sélection. C'est pourquoi nous avons 100% des policiers qui ont vécu un ÉT dans le volet II. Pour ce qui est des taux de prévalence, il faut également faire attention, car la base de comparaison n'est pas similaire. En effet, dans l'*étude rétrospective*, il s'agit de 7,6% des policiers qui ont vécu un

ÉSPT clinique lié au pire événement de leur carrière (événement qui était donc choisi pour fin d'analyses détaillées), tandis que pour *l'étude prospective* on tient compte seulement de l'ÉT pour lequel on a recruté le policier.

Néanmoins, ces deux estimations se rapprochent de celles obtenues dans d'autres études chez les policiers qui observent des taux de prévalence se situant entre 6% et 9% [15-19]. À titre comparatif, les taux de prévalence de l'ÉSPT dans la population générale se situent entre 7 % et 8 % [9, 10]. Ces données sont donc très similaires aux résultats que nous avons obtenus. Par contre, certaines études rapportent des taux de prévalence de l'ÉSPT plus élevés pour la population policière comparativement à la population générale (13% - 35%; [11-14]). Cependant, ces études possédaient des lacunes méthodologiques auxquelles le présent programme de recherche (*volet rétrospectif et prospectif*) tente de remédier et il peut aussi exister des différences au niveau organisationnel qui pourraient expliquer ces divergences. Malgré le fait que les policiers et policières du SPVM et d'autres corps policiers affrontent des ÉT de façon répétée, ils ne semblent pas manifester un taux d'ÉSPT plus élevé que les autres membres de la communauté. Il est possible d'envisager que les policiers provenant de nos deux échantillons possèdent de grandes capacités d'adaptation et de récupération. Comment expliquer ces taux d'ÉSPT peu élevés chez une population à plus haut risque de vivre un ÉT? Premièrement, il est possible que les critères de sélection lors de l'embauche permettent de sélectionner le personnel le plus apte à effectuer les tâches relatives au milieu policier [107]. Les policiers reçoivent également un entraînement rigoureux afin d'être habilités à affronter des situations stressantes, ce qui peut leur procurer une forme d'inoculation au stress [106, 132]. De plus, ils accumulent une expérience quotidienne dans plusieurs situations hostiles [106]. Un phénomène d'auto-sélection pourrait également être présent, ce qui ferait en sorte que les individus incapables de composer avec le stress de la profession quitteraient leur poste de façon prématurée [15]. Une explication alternative concernant le faible niveau de symptomatologie trouvé chez les policiers pourrait provenir du fait que de nombreuses organisations policières possèdent un programme d'aide aux employés qui fournit un accès gratuit à des services de santé mentale pour les policiers dans le besoin. En ce qui concerne la plupart des policiers de notre étude, depuis 1990, ceux-ci ont accès au PAPP (un programme d'aide aux policiers et policières du SPVM supervisé par un comité paritaire constitué de membres du syndicat et de l'administration), un service gratuit, confidentiel et rapide de consultations avec des psychologues. Qui plus est, l'un des nombreux mandats du PAPP consiste à développer des programmes de prévention. Depuis 1990, le PAPP offre des formations, entre autres sur la « Gestion humaine lors d'un événement majeur » afin de sensibiliser les superviseurs à l'ÉSPT et aux réactions possibles chez leurs policiers et policières, après ce genre d'événement. Cette formation est offerte à tous les superviseurs nouveaux promus et se fait dans une approche qui se veut préventive. En 1997, le PAPP a mis sur pied un programme de prévention du suicide. Il est possible de spéculer que le faible taux de symptomatologie post-traumatique observé dans cette étude soit en partie dû aux multiples programmes de prévention primaire, secondaire et tertiaire élaborés par le PAPP, à la formation donnée aux policiers, ainsi qu'à la sélection des candidats lors de l'embauche. Cependant, il faut demeurer prudent quant à l'estimation de la prévalence de l'ÉSPT et quant aux raisons mentionnées pour expliquer ce taux moins élevé qu'estimé, car il est possible que notre échantillon ne soit pas représentatif de la population des policiers du SPVM en termes de données sociodémographiques et autres variables qui n'ont pas été contrôlées.

Certaines études de la littérature indiquent que les femmes sont plus susceptibles d'avoir des réactions post-traumatiques [30, 33, 34]. Il est intéressant de noter que dans l'étude *rétrospective*, aucune femme policière ne satisfaisait les critères diagnostiques d'un ÉSA clinique ou d'un ÉSPT partiel ou clinique après un ÉT. Dans l'étude *rétrospective*, l'échantillon est composé de 14,4% de femmes, alors que dans l'étude *prospective*, nous avons 24% de femmes. Même si certaines études indiquent que le genre féminin est un facteur de risque, d'autres études ne trouvent aucune association entre le genre et l'ÉSPT [36-38]. À l'heure actuelle, il est difficile de tirer des conclusions claires et valides quant à l'impact du genre sur la modulation des réactions post-traumatiques.

Selon des études, l'état de stress aigu (ÉSA) semble être un indicateur important du développement futur de l'ÉSPT [88, 89, 147]. L'étude de Harvey et Bryant [147] a signalé que 63 % des individus souffrant d'un ÉSA clinique développeraient ultérieurement un ÉSPT. Dans l'étude *rétrospective*, 100 % des participants présentant un ÉSA clinique ont développé un ÉSPT clinique ou partiel subséquemment. Par contre, dans l'étude *prospective* seulement 56 % des policiers éprouvant un ÉSA ont développé un ÉSPT. L'ÉSA semble être un des précurseurs du développement de l'ÉSPT. Ainsi, le fait d'avoir un ÉSA ou, comme dans le volet *prospectif*, un certain nombre de symptômes d'ÉSA, semble être un facteur important à considérer lors du dépistage des policiers qui ont vécu un ÉT et qui sont à haut risque de développer un ÉSPT ainsi que lors du suivi à mettre en place pour offrir des services caractéristiques à ces individus. Toutefois, il convient de spécifier que dans l'étude *rétrospective*, la majorité (79 %) des individus qui développent un ÉSPT n'avait pas eu un ÉSA précédemment. Par contre, dans l'étude *prospective*, ce rapport décroît à 33 %. Donc, presque les deux tiers des participants qui ont développé un ÉSPT avaient eu un ÉSA précédemment. De plus, seulement 33% des participants de l'étude *prospective* ont développé un ÉSPT sans avoir eu d'ÉSA contrairement aux participants de l'étude *rétrospective* où 21 % des participants ayant développé un ÉSPT ont satisfait les critères diagnostiques d'un ÉSA clinique, alors que 88 % de ceux sans ÉSA n'ont pas eu un ÉSPT ultérieurement. Dans le cas de l'étude *prospective*, il semble que l'ÉSA possède un pouvoir prédictif positif (c.-à-d. la probabilité de développer un ÉSPT quand il est présent).

5.2 Données prévisionnelles

5.2.1 Prédicteurs de l'ÉSPT

Dans l'ensemble, les données obtenues dans le volet *prospectif* démontrent qu'au-delà du niveau d'utilisation des stratégies émotionnelles de gestion du stress, de l'ampleur de la détresse péri-traumatique (réactions physiques et émotionnelles) et de la dissociation au moment de l'ÉT, le nombre de symptômes d'ÉSA et l'intensité de la dépression au T1 semblent les meilleurs prédicteurs de la tendance à développer des symptômes d'ÉSPT à la suite d'un ÉT. À noter que ce sont tous des facteurs de risque que l'on observe dans ce volet, car il n'y a pas eu de facteurs de protection qui se sont démarqués de manière saillante. Ces résultats concordent partiellement avec ceux obtenus dans le volet *rétrospectif* du présent programme de recherche. En effet, les résultats du volet I indiquent que le développement de l'ÉSPT clinique et partiel est associé à des facteurs de protection comme la personnalité résistante au stress, à la perception du soutien social des collègues pendant et après l'événement, au soutien positif des collègues après l'ÉT et à des facteurs de risque comme les réactions physiques et émotionnelles ainsi que la dissociation

pendant et immédiatement après l'événement. Qui plus est, les facteurs de risque et de protection au niveau péri-traumatique (la dissociation et le soutien social pendant ou immédiatement après l'événement) semblent les prédicteurs les plus robustes du volet *rétrospectif*. Le tableau 9 résume les principaux facteurs prévisionnels (de risque et de protection) modulant l'ÉSPT observés dans la présente étude.

Tableau 9 - Synthèse des principaux facteurs prévisionnels du volet prospectif et rétrospectif de l'étude

Principaux facteurs associés à l'ÉSPT	
Volet I : rétrospectif	Volet II : prospectif
Pré-traumatique Personnalité résistante au stress ^(FP)	Pré-traumatique Stratégies de gestion du stress: centrées sur les émotions ^(FR)
Péri-traumatique Dissociation * ^(FR) Réactions physiques et émotionnelles ^(FR) Soutien positif des collègues durant et immédiatement après l'ET * ^(FP)	Péri-traumatique Dissociation* √ ^(FR) Réactions physiques* et émotionnelles* ^(FR)
Post-traumatique Soutien positif des collègues après l'ET ^(FP)	Post-traumatique Le nombre de symptômes d'état de stress aigu et les éléments dépressifs * ^(FR)

Note : FR signifie que le facteur représente un risque de développer un ÉSPT; FP signifie que le facteur représente une protection contre le développement éventuel de l'ÉSPT. Les facteurs de risque (FR) sont surlignés en rouge et les facteurs de protection (FP) en bleu. * représente les facteurs de risque ou de protection qui se démarquent de manière substantielle des autres facteurs prévisionnels significatifs. √ Dans le volet prospectif, les scores obtenus sur des facteurs de risque comme les réactions physiques, les réactions émotionnelles et la dissociation sont fortement inter-corrélés et sont tous de très bons prédicteurs des symptômes d'ÉSPT, et ce, à tous les temps de mesure. Le fait que la procédure d'optimisation ait favorisé une de ces trois variables (les réactions physiques) aux dépens des deux autres n'implique donc pas la non-pertinence des deux autres mesures.

Notre première hypothèse concernant le *volet prospectif*, à savoir que le développement des symptômes de l'ÉSPT ainsi que l'adaptation à la suite d'un ÉT seraient mieux expliqués par certains facteurs péri et post-traumatiques que par les facteurs pré-traumatiques est partiellement vérifiée. Les résultats suggèrent que les facteurs de risque post-traumatiques sont les plus importants prédicteurs comparativement aux facteurs pré et péri-traumatiques, et ce, aux trois temps de mesure. En effet, le nombre de symptômes d'ÉSA et l'intensité des symptômes dépressifs étaient non seulement significativement associés à l'ÉSPT, mais les plus robustes prédicteurs. À titre indicatif, les résultats obtenus dans le *volet rétrospectif* suggèrent que les facteurs de risque et de protection au niveau péri-traumatique sont les plus importants prédicteurs de l'ÉSPT, comparativement aux facteurs pré et post-traumatiques. En effet, la dissociation (FR) et le soutien social positif de la part des confrères durant et immédiatement après l'événement (FP) étaient significativement associés à l'ÉSPT.

Notre deuxième hypothèse concernant le *volet prospectif*, à savoir que le développement des symptômes de l'ÉSPT serait davantage expliqué par les facteurs de risque suivants – des réactions dissociatives, la sévérité de l'événement, la perception des interactions sociales négatives - est aussi partiellement vérifiée. En effet, les réactions émotionnelles et physiques ainsi que la dissociation se sont avérées fortement corrélées entre elles et reliées à la prédiction de l'ÉSPT. Par contre, la perception des interactions sociales négatives n'est pas ressortie comme facteur prévisionnel, et ce, même si la présence d'un soutien négatif entre l'événement et le T1 (Échelle Critique) et la présence d'un soutien positif entre l'événement et le T1 sont corrélées significativement aux deux moments de mesures de l'ÉMST. Qui plus est, au niveau du *volet rétrospectif*, la dissociation péri-traumatique (FR) et le soutien social positif (FP) de la part des confrères durant et immédiatement après l'événement sont les prédicteurs qui ont le plus d'impact sur la modulation des réactions post-traumatiques, ce qui confirme partiellement notre deuxième hypothèse.

Dans l'ensemble, ces résultats appuient ceux des études précédentes où les prédicteurs péri-traumatiques et post-traumatiques figurent parmi les prédicteurs les plus fiables de l'ÉSPT [58, 59, 68, 86]. La sévérité de l'événement ne semble pas être un prédicteur significatif. Dans le programme de recherche, la sévérité de l'événement a été mesurée à l'aide d'une entrevue maison qui tient compte des caractéristiques objectives et subjectives associées à l'événement. Dans l'étude *rétrospective*, aucune différence significative n'a été remarquée quant à la sévérité de l'événement vécu par les policiers souffrant d'un ÉSPT (clinique ou partiel) et les policiers asymptotiques. Ces deux groupes rapportent avoir vécu des événements de sévérité semblable. Dans l'étude *prospective*, la sévérité objective et subjective de l'événement ne corrèle peu ou pas avec l'ÉMST. Il semble donc que des facteurs autres que la sévérité de l'événement soient impliqués dans le développement de l'ÉSPT. Tout comme nos données, d'autres études n'ont trouvé aucune association entre la sévérité de l'événement et l'ÉSPT [75, 148, 149]. Il est à noter que la sévérité de l'ÉT demeure un concept complexe et controversé puisqu'il n'y a pas encore de consensus à propos des dimensions qui devraient faire partie de ce construit et de la façon dont ce concept devrait être mesuré [27]. En effet, la méta-analyse de Brewin et coll. [86] indique que lorsqu'il s'agit de mesurer la sévérité d'un trauma dans la population générale, les mesures de ce construit sont plutôt hétérogènes. Cette hétérogénéité diminue la validité et la fidélité du construit en soi. La sévérité de l'ÉT mérite davantage d'attention de la part de la communauté scientifique avant que l'on puisse tirer des conclusions définitives quant à sa valeur prédictive.

Notre troisième hypothèse concernant le *volet prospectif*, à savoir que l'adaptation à la suite d'un événement traumatique serait mieux expliquée par la perception de soutien social positif n'a pas été vérifiée. En effet, aucun des facteurs de protection mesurés dans ce volet, c'est-à-dire le soutien social positif, les stratégies de gestion du stress adéquates, la personnalité résistante au stress, l'expérience antérieure du travail policier telle que reflétée par le nombre d'années dans le milieu policier lors du trauma, etc., n'est ressorti de façon significative. La présence de soutien positif entre l'événement et le T1 était corrélée avec l'ÉMST, mais n'est pas ressortie comme facteur prévisionnel. Cependant, la troisième hypothèse voulant que les prédicteurs post-traumatiques, plus précisément le soutien social après l'événement, seraient associés négativement à l'ÉSPT (FP) a été partiellement confirmée dans le *volet rétrospectif*. En effet, il a été reconnu que le soutien social positif de la part des confrères diminue la probabilité de

développer un ÉSPT. Toutefois, le soutien social positif ou les interactions sociales négatives avec un proche, dans le *volet prospectif*, ne sont pas significativement associés à l'ÉSPT. Quant à l'impact des facteurs de protection pré-traumatiques dans le volet *rétrospectif*, seule la personnalité résistante au stress est significativement associée de façon négative à l'ÉSPT. Ce résultat est conforme avec les résultats d'études précédentes portant sur des échantillons militaires [150-152].

D'autres facteurs (c.-à-d., l'âge au moment de l'étude et lors du trauma, le nombre d'années de scolarité, les croyances personnelles face au monde et à sa valeur, les stratégies de gestion du stress adéquates et la présence d'effroi) ont été inclus dans les régressions en tant que prédicteurs potentiels de l'ÉSPT, mais ceux-ci ne sont pas ressortis comme étant significativement associés à l'ÉSPT. De plus, la présence de troubles psychiatriques passés individuels et familiaux, un diagnostic d'ÉSPT passé suite à un événement survenu au travail ou en dehors du travail et la présence d'événements stressants précédant la survenue de l'ÉT au travail ne sont pas des prédicteurs de l'ÉSPT. Nos résultats vont dans le même sens que ceux des méta-analyses d'Ozer et ses collaborateurs [68] et de Brewin et ses collaborateurs [86] qui indiquent que l'ampleur de la taille de l'effet des facteurs pré-traumatiques est faible, mais pas celle des facteurs post-traumatiques.

Dans l'ensemble, les données significatives obtenues dans notre étude (*volet rétrospectif et prospectif*) confirment les résultats provenant des écrits dans le domaine et portant sur les prédicteurs de l'ÉSPT. De surcroît, les meilleurs prédicteurs (péri et post-traumatiques) de l'ÉSPT chez les policiers ont pu être identifiés. Ce sont les réactions émotionnelles et physiques (FR), la dissociation (FR), le soutien social positif des collègues durant et après l'événement (FP), ainsi que l'ÉSA (FR) et les symptômes dépressifs post-immédiats (FR). Ceci étant dit, les facteurs pré-traumatiques comme la personnalité résistante au stress (FP) et les stratégies de gestion du stress centrées sur les émotions (FR) sont aussi des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT.

5.2.2 Détresse péri-traumatique et dissociation

Selon plusieurs chercheurs, la détresse péri-traumatique, c'est-à-dire le fait de vivre de fortes réactions physiques et émotionnelles négatives durant et immédiatement après l'ÉT, prédit fortement le développement de symptômes post-traumatiques [17, 18, 46]. Dans la présente étude (*volet rétrospectif et prospectif*), la détresse péri-traumatique qui est mesurée à la fois par les réactions physiques et émotionnelles ressort comme facteur prévisionnel important. Fait intéressant, la détresse péri-traumatique est de plus en plus considérée auprès des chercheurs actuels comme une variable médiatrice potentielle dans la prédiction des symptômes d'ÉSPT en lien avec plusieurs variables pré-traumatiques (p. ex., les antécédents psychiatriques familiaux [46] et les prédicteurs psychobiologiques [45]). Toutefois, il serait nécessaire que d'autres études se penchent sur cet aspect pour en confirmer les liens médiateurs.

De surcroît, la dissociation péri-traumatique constitue un prédicteur prépondérant (parfois, le plus robuste prédicteur) dans le développement d'ÉSPT chez les policiers [17, 18, 43, 53]. Dans notre étude (*volet prospectif*) la dissociation péri-traumatique tout comme la détresse péri-traumatique ressort comme un des plus forts prédicteurs de l'ÉSPT. Ces résultats appuient ceux de recherches précédentes auprès de policiers [43, 50, 51, 54] et auprès de différentes

populations victimes de trauma [58, 65, 75, 153]. Ce résultat est aussi cohérent avec les données provenant de la méta-analyse d'Ozer et coll. [68], qui a identifié la dissociation péri-traumatique comme étant le prédicteur le plus robuste concernant le développement de l'ÉSPT avec une taille d'effet de 0,35, soit l'équivalent d'un pourcentage de la variance expliquée de 12,25 %. Un pourcentage de variance expliquée est calculé afin de pouvoir comparer la valeur prédictive obtenue dans notre étude pour le concept de dissociation à la valeur obtenue dans la méta-analyse. Un pourcentage de la variance expliquée de 16 % est obtenu concernant la dissociation dans notre étude, ce qui est supérieur au résultat observé dans la méta-analyse d'Ozer et coll. [68]. Tout comme dans leur étude, ce prédicteur s'avère d'une grande importance dans la nôtre.

De plus, conformément aux études précédentes [58, 59], il a été observé dans le volet *prospectif* que les réactions péri-traumatiques comme la dissociation, les réactions physiques et émotionnelles étaient significativement corrélées entre elles. Par conséquent, il est suggéré que la dissociation pourrait être une façon de composer avec les émotions fortes ressenties durant l'ÉT. Conséquent avec cette conjecture, Bernat et coll., [59] ont observé que les réactions émotionnelles négatives, plus particulièrement la peur durant un trauma, sont des prédicteurs de la dissociation. En fait, les sensations physiques de la panique auraient un effet médiateur sur la relation entre la peur aiguë et la dissociation durant un ÉT [59]. D'autres études ont suggéré que les états d'hyperactivation physiologique pourraient induire la dissociation [154-156]. Ainsi, des états émotionnels intenses pourraient mener à une augmentation de l'activation qui à son tour, précipiterait la dissociation. Bien que la dissociation puisse être considérée à priori comme un comportement adaptatif lors d'un trauma, plusieurs données empiriques, incluant notre étude, suggèrent que la dissociation favorise le risque de développer un ÉSPT subséquent.

En bref, il semble que la détresse péri-traumatique et la dissociation péri-traumatique semblent de robustes prédicteurs de l'ÉSPT. Dans un effort pour expliquer la relation entre ces deux prédicteurs et leur pouvoir prédictif, Brunet, Sergerie et Corbo (2006) [157] suggèrent que dans un contexte longitudinal, la détresse péri-traumatique prédirait le développement de l'ÉSPT aigu, tandis que la dissociation péri-traumatique prédirait la persistance de l'ÉSPT chronique.

5.2.3 Soutien social

L'environnement de rétablissement à la suite du traumatisme est important pour les victimes qui tentent de composer avec le trauma et de se rétablir de ses effets. Le soutien social est un aspect de cet environnement qui a reçu récemment beaucoup d'attention de la communauté scientifique. Cependant, nous n'avons pas observé que le soutien social mesuré dans le volet *prospectif* prédisait le développement de l'ÉSPT et ce, même si la présence d'un soutien négatif entre l'événement (Échelle Critique) et le T1, ainsi que la présence d'un soutien positif entre l'événement et le T1 sont corrélées significativement aux deux moments de mesures de l'ÉMST.

Par contre, les résultats obtenus dans volet *rétrospectif* suggèrent au contraire que les perceptions de soutien social positif de la part des confrères comme facteur de protection, à la fois au niveau péri-traumatique et post-traumatique, sont associées à l'ÉSPT. Le soutien social péri-traumatique de la part de confrères s'est avéré être un facteur prévisionnel parmi les plus saillants dans le volet *rétrospectif* du projet. Ces résultats vont dans la même direction que les résultats obtenus dans des études réalisées auprès d'autres corps policiers qui indiquent que le soutien social

positif de la part des pairs semble un prédicteur (FP) important à considérer [118, 158]. Nos résultats sont également compatibles avec ceux de la méta-analyse d'Ozer et coll. [68] qui indique que la perception de soutien social positif est un des prédicteurs (FP) les plus importants avec une taille d'effet de - 0,28, soit l'équivalent d'un pourcentage de la variance expliquée de 8 %. Cela démontre en quelque sorte l'importance de soutenir rapidement et adéquatement les victimes d'un ÉT. Par ailleurs, les policiers qui rapportent n'avoir obtenu aucun soutien de leurs collègues pendant l'événement étaient significativement plus nombreux à recevoir un diagnostic d'un ÉSPT partiel ou clinique comparativement aux policiers ayant rapporté avoir obtenu du soutien, que ce soit un peu de soutien à extrêmement de soutien (Fisher, $p < 0,05$). Ce résultat appuie les résultats des études qui démontrent qu'un réseau social non-soutenant est associé à un mauvais ajustement post-trauma [15, 91].

À notre connaissance, aucune étude n'a examiné le soutien social comme facteur de protection au niveau péri-traumatique. Le soutien social est fréquemment mesuré dans les mois suivant l'exposition au trauma plutôt que durant ou immédiatement après (p. ex., dans les premières heures ou premiers jours suivants le trauma). Cependant, les études auprès de populations à haut risque (p. ex., les policiers, les soldats, les pompiers, les ambulanciers ou les secouristes) devraient étudier le soutien social péri-traumatique puisque les confrères et les superviseurs sont souvent présents durant l'ÉT. Le type de soutien reçu immédiatement après un ÉT peut avoir un impact sur la rapidité et la qualité du rétablissement. Les policiers rapportaient souvent dans les entrevues que certains éléments nuisaient à leur adaptation après le trauma. Parmi ces éléments, on retrouve la désapprobation ou les critiques sévères émises par leurs supérieurs, leurs pairs ou par eux-mêmes quant à la qualité de leurs interventions durant l'événement. Un autre élément important affectant la qualité et la rapidité du rétablissement provient de l'image péjorative du travail policier parfois présumée par les médias. Il n'est donc pas surprenant que le soutien social positif durant ou immédiatement après l'événement soit un facteur de protection important lorsque nous savons que la culture policière valorise la fraternité, la complicité et la confiance entre les policiers.

Contrairement à nos hypothèses, les perceptions de soutien social positif ou les interactions sociales négatives avec des proches n'étaient pas des prédicteurs significatifs dans les deux volets du projet. Une des explications possibles pour ces résultats non significatifs provient possiblement de la mesure employée pour le soutien social. L'*Inventaire de soutien perçu* a initialement été conçu pour évaluer le soutien de la part du conjoint, mais ce questionnaire a été adapté afin de mesurer le soutien social reçu d'un proche significatif, peu importe sa relation avec le répondant. Ainsi, il pouvait s'agir d'un collègue de travail, du conjoint, d'un membre de la famille ou un ami. Certaines questions de l'inventaire pouvaient parfois être peu applicables ou moins pertinentes lorsqu'il s'agissait du soutien reçu de la part d'individus autres que les conjoints. De surcroît, certains policiers ont rapporté que malgré le fait qu'ils avaient identifié leur conjoint comme étant le proche le plus significatif, ils n'avaient pas discuté de l'ÉT à la maison, ce qui faisait en sorte qu'il était difficile pour les policiers de se rappeler si leur conjoint leur avait offert des comportements soutenant ou non dans les mois suivant l'événement. De plus, la perception de soutien social de la part des superviseurs n'était pas un prédicteur significatif dans notre étude. Par ailleurs, une autre explication possible pour l'absence de résultat significatif en ce qui concerne le soutien social dans l'étude *prospective* concerne l'événement marquant sélectionné. Dès que le policier avait vécu un événement qui répondait

aux critères d'un ÉT dans le DSM-IV, le policier était invité à participer à l'étude et était évalué en lien avec cet événement. Or, il se peut que cet événement n'ait pas été un des plus marquants de la carrière du policier. Le soutien social est surtout utile et nécessaire lorsque les individus vivent des événements qui dépassent leurs capacités d'adaptation ou qui chamboulent leur fonctionnement. Il est possible que certains policiers dans le volet *prospectif* n'aient pas ressenti de besoin particulier en termes de soutien social et donc que le soutien n'ait pas été nécessaire pour leur adaptation après cet événement. Si c'est le cas, il n'est pas étonnant que le soutien ne soit pas ressorti comme facteur de protection. La différence avec le volet *rétrospectif* est que le policier devait choisir lui-même parmi tous les événements qu'il avait vécus en tant que policier, l'événement le plus marquant de sa carrière. En choisissant le pire événement, il est probable que le soutien social ait été davantage bénéfique pour s'adapter. C'est d'ailleurs dans ce volet que le soutien social a été démontré comme aidant pour s'adapter à l'événement. C'est pourquoi le soutien social, bien que non significatif dans le volet *prospectif*, ne devrait pas être considéré comme non important. Les bénéfices associés au soutien social dans plusieurs études pourraient être modulés selon le type d'événement vécu par la personne, son importance dans le vécu individuel et le sens qu'il prend pour cet individu à ce moment précis de sa vie. Des analyses plus approfondies, *a posteriori*, permettront d'éclaircir cet aspect.

5.2.4 La dépression, l'ÉSA et la gestion des émotions

Les facteurs associés au développement, au maintien ou à l'exacerbation de la symptomatologie post-traumatique et qui peuvent perturber l'équilibre et l'évolution du développement de l'individu sont des aspects fondamentaux à considérer pour les victimes qui tentent de se rétablir et de composer avec le trauma. Les résultats de notre étude suggèrent que l'ÉSA et les symptômes dépressifs post-traumatiques chez les policiers sont associés au développement de l'ÉSPT. Nous avons constaté dans la recension des écrits que les réactions dépressives chez les victimes d'accidents, des stressseurs additionnels qui surviennent à la suite de l'ÉT (p. ex., une perte d'emploi, des difficultés financières ou légales, des maladies ou le décès d'un proche) et l'état de stress aigu (ÉSA) sont des indicateurs du développement futur de l'ÉSPT. Chez les policiers, les blessures physiques provenant de l'ÉT, les symptômes dépressifs ainsi que les événements de vie négatifs ultérieurs apparaissent comme des facteurs de risque au niveau post-traumatique dans l'étiologie de l'ÉSPT. Les policiers qui rapportent avoir utilisé des stratégies de gestion du stress basées sur l'évitement pour gérer l'ÉT avaient davantage de symptomatologie post-traumatique. De plus, chez les policiers, le débriefing psychologique reçu après l'événement n'avait, soit aucun effet sur les symptômes de l'ÉSPT ou entraînait davantage de symptômes. Nos résultats appuient en grande partie ces résultats. En effet, les facteurs de risque post-traumatiques de la présente étude comme l'intensité des symptômes dépressifs et le nombre de symptômes d'ÉSA ressortent principalement comme des facteurs prévisionnels importants dont il faut tenir compte au niveau clinique et dans les recherches subséquentes. Nos résultats corroborent les études antérieures complétées avec les policiers à ce niveau.

Qui plus est, l'impact négatif des stratégies de gestion du stress centrées sur les émotions observé lors du volet II, semble agir comme un facteur de risque pouvant moduler la symptomatologie de l'ÉSPT. Or, les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions peuvent se définir comme étant des efforts que l'individu émet afin de modifier l'interprétation négative de la situation et de favoriser l'apaisement des émotions négatives ressenties. Pour ce faire, l'individu utilise des

stratégies telles que l'évitement, la distraction, la diversion ou la rêverie. Il apparaît que ce type de gestion passive des réactions émotionnelles ne soit pas un moyen de gestion adéquate et qu'il faut à l'avenir prendre en considération ce facteur prévisionnel pré-traumatique lors de la prévention primaire, du dépistage et de l'intervention. Nos résultats corroborent également les données obtenues avec les policiers.

5.3 Implications cliniques

Les résultats de ce programme de recherche pourront enrichir la formation donnée par le PAPP du SPVM ainsi que celle donnée à d'autres corps policiers. Les résultats viennent confirmer l'importance d'une approche préventive qui est déjà une pratique préconisée et appliquée entre autres par le PAPP. De façon plus globale, les constats provenant de cette étude ont des implications en ce qui a trait à la prévention primaire et secondaire, au dépistage, à l'évaluation et au traitement (c.-à-d. la prévention tertiaire) des policiers exposés à des ÉT dans le cadre de leur travail. Nous proposons des stratégies de prévention et d'intervention à partir des facteurs prévisionnels significatifs de notre programme de recherche et de ceux d'autres études empiriques dans le domaine. Nous croyons que les recommandations pourraient s'avérer pertinentes et utiles pour les organisations autres que policières qui emploient des individus à haut risque d'être exposés à des ÉT au travail comme les employés des services d'urgence (p. ex., pompiers, ambulanciers, secouristes)

5.3.1 Prévention primaire

Au niveau de la prévention primaire, les organismes qui emploient des individus à haut risque de vivre des ÉT dans le cadre de leur travail (p. ex., les soldats, les policiers, les pompiers, les ambulanciers) doivent faciliter la mise en place de moyens visant le développement de mécanismes de protection et la diminution des facteurs de risque dans leurs programmes de formation du personnel. En effet, il est possible d'intervenir avant même qu'il y ait exposition à des événements adverses [27]. Par exemple, les organisations policières pourraient faciliter la résilience chez leur personnel en leur enseignant, par le biais de leur programme de formation, des stratégies de gestion du stress efficaces comme la résolution de problème, la relaxation autogène ou appliquée, ou encore la rééducation respiratoire. Des stratégies pour réguler ou mieux gérer les émotions intenses, pour réduire l'activation physiologique et pour prévenir l'apparition de réactions dissociatives au moment du trauma pourraient également être enseignées. De plus, l'entraînement pourrait se concentrer sur le développement d'une personnalité résistante au stress. À ce jour, il existe quelques programmes de formation qui visent à augmenter la résilience des individus face aux événements stressants qui peuvent survenir dans le cadre de leur travail [152, 159-161]. Les stratégies employées par ces programmes sont diverses et incluent entre autres l'enseignement de stratégies de gestion du stress efficaces et spécifiques au milieu de travail, le recours à l'activité physique et à des exercices de simulation (p. ex., simuler, à l'aide d'un scénario, la visualisation d'une fusillade ou une prise d'otage pour les policiers) et la mise en place d'un réseau de soutien social adéquat. Ces programmes visent aussi à développer la cohésion entre les membres du groupe, les habiletés de communication des individus et à favoriser l'engagement des membres envers leur milieu de travail. Ces programmes sont prometteurs, mais nous devons attendre les résultats d'autres études empiriques avant de pouvoir conclure à leur efficacité au niveau de la prévention

des réactions post-traumatiques. Dans leur livre, Paton, Violanti et Smith [162] donnent des suggestions pratiques afin de faciliter l'adaptation au stress chez les employés qui sont à haut risque de vivre des ÉT.

Les données qualitatives de *l'étude rétrospective* indiquent que quelques policiers ont trouvé aidant de recourir à une stratégie de gestion du stress basée sur l'évitement cognitif et que certains conseillent aux confrères de faire de même en pensant à autre chose ou en tentant d'oublier l'événement. Cependant, cette stratégie n'est habituellement pas efficace pour gérer le stress ou pour empêcher le développement d'un ÉSPT [49, 51, 93]. D'ailleurs, l'étude prospective a permis de déterminer que ce type de gestion par les policiers est un facteur de risque de développer un ÉSPT. C'est pourquoi il est important d'éduquer les policiers quant aux diverses stratégies de gestion du stress qui sont efficaces à court, moyen et long terme et de les renseigner sur celles qui sont inefficaces et qui peuvent même devenir nuisibles à plus long terme.

5.3.2 Prévention secondaire

Dans les jours qui suivent un ÉT, les « premiers soins psychologiques » devraient être offerts. Ainsi, l'intervention devrait se limiter à sécuriser les individus en les prévenant des conséquences psychologiques possibles et à leur apporter un soutien tangible et émotionnel [163]. Dans une étape ultérieure, soit à l'intérieur du premier mois suivant l'événement, les intervenants peuvent offrir aux policiers qui ont vécu un ÉT diverses stratégies d'intervention post-immédiates efficaces. Entre autres, il existe présentement une intervention post-immédiate brève et intensive de cinq séances de nature cognitivo-comportementale donnée après deux semaines aux individus ayant des symptômes d'un ÉSA [164]. Les données probantes appuient ce type d'intervention et recommandent que les individus ayant des symptômes d'ÉSA ou un ÉSA reçoivent un traitement cognitivo-comportemental (incluant de l'exposition et/ou de la thérapie cognitive) ciblé sur l'ÉT d'une durée de 5 à 10 séances en format individuel [115, 116]. Les interventions post-immédiates peuvent aussi faire la promotion d'un soutien social adéquat et encourager la verbalisation des émotions dans un contexte soutenant et sécurisant [165]. Les collègues de travail, les superviseurs et même les membres de la famille des policiers sujets à un événement traumatique pourraient alors recevoir de la psychoéducation sur les symptômes, des conseils pratiques quant aux diverses façons de soutenir adéquatement et positivement leurs proches après un ÉT. Il existe différentes formes de soutien que chacun des proches peut offrir au policier dans le besoin. Ainsi, les collègues de travail peuvent offrir du soutien de type émotionnel et informationnel (p. ex., exprimer leur appréciation, offrir du feedback positif ou des conseils utiles). Les superviseurs peuvent donner du soutien organisationnel ou de l'aide tangible (p. ex., offrir des journées de congé, faire une réassignation des tâches pendant un certain moment). Les enfants et conjoints des policiers affligés peuvent passer du temps en famille et planifier des activités plaisantes et relaxantes. Il apparaît important de promouvoir à la maison et au travail un environnement soutenant [163]. Avant d'offrir une intervention préventive à tous les individus impliqués dans un ÉT, il est pertinent pour les intervenants travaillant auprès de populations traumatisées de faire une évaluation initiale de ces individus.

5.3.3 Évaluation

Il est recommandé de faire une évaluation de l'état psychologique et physique peu de temps après un ÉT, par exemple dans la phase où les « premiers soins psychologiques » sont apportés. Le clinicien devrait avoir recours à des instruments fiables pour dépister non seulement la symptomatologie post-traumatique et les autres conditions cliniques comme la dépression, mais également les facteurs prévisionnels présents chez l'individu. Les instruments de dépistage utilisés doivent se baser sur des données empiriques valides. Ainsi, les intervenants seront en mesure de dépister adéquatement et rapidement les individus à risque de développer un ÉSPT (c.-à-d., les individus qui possèdent des facteurs de risque bien connus ou qui ne possèdent pas suffisamment de facteurs de protection). Plus précisément, les intervenants doivent rester vigilants quant aux individus ayant vécu de fortes réactions physiques d'anxiété, des réactions émotionnelles négatives, de la dissociation au moment du trauma, un état de stress aigu suite au trauma ou encore ceux qui ont un faible réseau de soutien puisqu'il s'agit de facteurs de risque bien documentés et ayant une influence non négligeable sur la modulation des symptômes de l'ÉSPT. Les résultats de l'évaluation pourront renseigner les intervenants quant à la pertinence d'offrir ou non un suivi psychologique aux victimes d'un ÉT. Il apparaît pertinent et à propos de suivre de près les individus à risque et d'offrir, avec précaution et en individuel, des interventions post-immédiates brèves et précoces principalement aux individus qui possèdent de fortes probabilités de développer un ÉSPT.

5.3.4 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire devrait se centrer sur le développement d'interventions thérapeutiques basées sur les connaissances empiriques quant aux facteurs de risque et de protection de l'ÉSPT [27]. L'intervenant doit viser à diminuer l'effet négatif des facteurs de risque et faciliter l'intégration des mécanismes de protection qui sont susceptibles d'avoir le plus d'impact sur la symptomatologie post-traumatique, mais qui sont également modifiables par des stratégies thérapeutiques. Ces facteurs devraient être des cibles de choix pour développer des interventions thérapeutiques [25]. Les prédicteurs ayant un impact limité sur l'ÉSPT pourraient être inclus dans des interventions en second lieu, s'ils demeurent pertinents. À cet effet, les thérapeutes peuvent enseigner aux individus ayant subi un ÉT des stratégies de gestion du stress efficaces, renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et modifier les attributions internes négatives ou irréalistes que l'individu entretient par rapport au trauma (p. ex., se blâmer ou s'approprier la responsabilité de l'agression vécue). Par ailleurs, les cliniciens doivent encourager le développement d'une personnalité résistante au stress chez leurs clients en mettant l'accent sur les situations où le client a du contrôle, en l'aidant à percevoir les situations stressantes comme des défis et en encourageant l'engagement du client à des buts importants [166]. Le traitement devrait aussi être adapté en fonction du trouble psychiatrique ou de la symptomatologie présente, être individualisé et ajusté s'il y a de la comorbidité. Bref, il demeure essentiel d'appliquer des traitements psychologiques éprouvés, spécifiques et adaptés en fonction de l'évaluation initiale des victimes d'un ÉT. Les intervenants doivent se fier aux données probantes pour le choix des modalités du traitement qu'ils offrent [115-117].

Les données qualitatives de notre étude indiquent que presque 85 % des policiers souhaiteraient consulter un psychologue s'ils en ressentent le besoin à la suite d'un ÉT. De plus, 43 % des

policiers recommandent à leurs confrères de consulter un psychologue pour les aider à passer au travers d'un événement difficile [1]. Cela démontre une ouverture d'esprit dans le milieu policier et une reconnaissance qu'il est possible et même normal, dans une certaine mesure, de vivre des réactions post-traumatiques. Il est fort probable que les policiers continuent d'entretenir des illusions de contrôle et d'invulnérabilité, des croyances personnelles qui leur sont utiles pour leur bon fonctionnement psychologique au travail. Toutefois, les résultats du présent programme de recherche semblent indiquer une évolution au niveau de la culture policière. Les policiers semblent reconnaître davantage qu'ils ne sont pas totalement invincibles et qu'il est acceptable de demander de l'aide après un événement stressant.

En somme, la planification d'interventions auprès des individus ayant vécu une expérience traumatique doit se baser sur des résultats empiriques valides. Par exemple, les facteurs de risque et de protection qui ont été démontrés comme étant les meilleurs prédicteurs du développement de l'ÉSPT (c.-à-d., ceux dont l'ampleur de l'effet est élevée) et ceux qui sont modifiables doivent être priorisés lors de l'évaluation et du choix du traitement à offrir aux victimes, alors que les facteurs ayant moins d'influence sur l'ÉSPT peuvent être envisagés en deuxième plan s'il y a lieu [25]. Toutefois, la planification de ces interventions n'est pas aussi simple qu'il apparaît. En effet, les cliniciens ne doivent pas oublier que les facteurs de risque et de protection peuvent opérer de façon différente selon la population étudiée (p. ex., les militaires versus les civils, les femmes versus les hommes) et le type de trauma vécu. Les prédicteurs peuvent également différer si l'ÉSPT est aigu ou chronique. Les interventions doivent être développées en fonction de ces diverses considérations et du jugement du clinicien. De plus, d'autres facteurs peuvent agir à titre de médiateur ou de modérateur de la relation qui existe entre les prédicteurs et l'ÉSPT. La connaissance de ces facteurs est essentielle dans le processus de planification d'interventions. Par ailleurs, il est important de considérer qu'un ÉT peut engendrer des troubles cooccurrents avec l'ÉSPT [9, 10, 30, 167] ou d'autres troubles mentaux mis à part l'ÉSPT, comme la dépression majeure [168, 169]. Il demeure alors essentiel d'ajuster les interventions en fonction du trouble présent ou de la comorbidité afin de mieux intervenir à la suite d'un ÉT. Toutes ces considérations doivent mettre en garde l'intervenant et le chercheur vis-à-vis du développement d'interventions universelles et rigides qui pourraient être appliquées à tous les individus ayant subi un trauma peu importe les caractéristiques individuelles, contextuelles ou temporelles. En portant attention aux points soulevés, les interventions qui seront développées et appliquées dans le futur seront plus efficaces afin de contrer les conséquences potentiellement négatives de l'exposition à un ÉT.

5.4 Limites et portée des résultats

L'interprétation de nos résultats doit être envisagée avec prudence et retenue, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, il est possible que la culture policière incite le policier à ne pas se montrer vulnérable psychologiquement ou physiquement. Dans certains cas, cela pourrait conduire le policier à sous-rapporter la présence de symptômes post-traumatiques en entrevue. Si tel est le cas, les estimations portant sur la symptomatologie post-traumatique et le taux de l'ÉSPT qui ont été obtenues dans nos deux échantillons pourraient représenter des données plutôt conservatrices. Deuxièmement, les sous-échelles de la mesure de la personnalité résistante au stress (DRS) possèdent une faible fidélité, ce qui fait en sorte que l'épreuve globale doit être utilisée avec prudence afin de mesurer ce construit. Malgré cette limite, les auteurs ont décidé

d'inclure cette mesure puisqu'il s'agissait de la seule version française de ce questionnaire qui ait été également validée auprès d'un échantillon francophone et qu'il y a une pertinence conceptuelle à vouloir mesurer ce construit. Par ailleurs, lors du volet *rétrospectif*, la symptomatologie de l'ÉSPT en référence à un seul événement, soit l'ÉT survenu au travail et qui a le plus perturbé le policier a été évaluée. Il est possible que l'ampleur des réactions post-traumatiques en lien avec des événements cumulatifs au travail et en dehors du travail ait été sous-estimée. Cependant, l'étude prospective permettait d'évaluer l'ÉT le plus récent, mais ne pouvait contrôler l'effet cumulatif d'ÉT. Une autre limite de notre programme de recherche provient du fait qu'il est difficile de savoir si nos résultats peuvent se généraliser à d'autres types de population à haut risque. De plus, notre échantillon pourrait ne pas être représentatif de tous les policiers travaillant au sein du SPVM ou des autres corps policiers présents dans cette étude, puisque la participation se faisait sur une base volontaire. Il est possible que les participants de la présente recherche diffèrent de l'ensemble des policiers qui n'ont pas répondu à notre invitation. Lors de l'étude rétrospective, les principales raisons de non-participation invoquées par les policiers sont le manque de temps et le désintéressement. Nous n'avons pas accès à cette information dans l'étude prospective. Il est néanmoins possible d'envisager, dans une certaine mesure, que les participants soient représentatifs de l'ensemble des policiers du SPVM, car les raisons invoquées pour ne pas participer sont des raisons acceptables et compréhensibles qui ne laissent pas sous-entendre une symptomatologie ou une détresse plus marquée chez les non-participants. Toutefois, ces affirmations doivent être interprétées avec réserve. De plus, il convient de demeurer circonspect dans l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus étant donné le taux de participation des policiers. Qui plus est, il est possible que nos résultats ne puissent s'appliquer à d'autres corps policiers municipaux ou provinciaux du Québec. Une autre limite de notre étude concerne le fait que notre protocole de recherche n'est pas complètement *prospectif*. En effet, certaines variables pré-traumatiques comme les stratégies de gestion du stress et les croyances fondamentales sont mesurées non pas avant l'événement traumatique, mais dans les jours qui suivent l'ÉT. Ainsi, la perception que l'individu possède vis-à-vis son fonctionnement antérieur ou sa façon de penser a pu être altérée ou modifiée par l'ÉT. Donc, ces deux variables ne représentent pas inévitablement des construits réellement pré-traumatiques.

Malgré ces limites, notre programme d'étude comporte plusieurs forces. Premièrement, les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT sont mesurés pour la première fois chez des policiers québécois et canadiens, alors que ceux-ci n'avaient pas encore fait l'objet d'études à ce niveau. Ensuite, la présente étude utilise une entrevue semi-structurée validée afin de mieux établir les diagnostics de l'ÉSPT et des autres troubles psychiatriques, contrairement à de nombreuses études antérieures qui n'emploient que des questionnaires auto-administrés. Les diagnostics de l'ÉSPT actuels et à vie font donc l'objet d'une évaluation formelle. En utilisant des instruments standardisés, cette étude permet de mesurer de nombreux facteurs prévisionnels incluant à la fois les facteurs de risque et surtout les facteurs de protection rarement estimés. Trois catégories de prédicteurs ont été distinguées : pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques. Qui plus est, plusieurs facteurs de protection n'ayant pas été mesurés auparavant ou n'ayant pas été fréquemment évalués dans les recherches auprès de policiers (p. ex., la personnalité résistante au stress, les croyances personnelles, les stratégies de gestion du stress) font l'objet d'une évaluation systématique dans le cadre de cette étude. Nous avons également établi la distinction entre le soutien social positif et les interactions sociales négatives, une différenciation rarement

prise en compte. Par ailleurs, diverses sources de soutien social (p. ex., les collègues, les superviseurs et un proche significatif) sont évaluées. De plus, notre étude mesure le soutien social au niveau péri-traumatique, alors qu'aucune étude n'avait encore étudié l'impact de ce type de soutien durant et immédiatement après l'ÉT. D'ailleurs, le soutien social au niveau péri-traumatique semble un facteur prévisionnel important, alors qu'aucune étude n'avait encore trouvé de facteur de protection à ce niveau. Qui plus est, *l'étude prospective* a permis de remédier certaines lacunes méthodologiques de l'étude rétrospective, mais a également permis de contrôler des failles méthodologiques retrouvées dans des études antérieures. Elle a aussi permis de pallier le manque de rigueur de plusieurs études. Notre programme de recherche représente un effort dans cette direction afin de remédier aux lacunes qui existent présentement et d'étudier les facteurs de protection. Finalement, des analyses multivariées sont utilisées pour délimiter non seulement les relations entre les facteurs de risque, de protection et la symptomatologie, mais également l'impact de divers prédicteurs. De plus, nous analysons l'impact différentiel des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT dans le temps.

5.5 Recherches futures

Le volet *rétrospectif* a été fort utile non seulement pour obtenir des données épidémiologiques et descriptives concernant les policiers du SPVM, mais également afin de mettre sur pied l'étude prospective et d'améliorer l'évaluation des prédicteurs potentiels. En effet, l'étude rétrospective a permis : 1) de connaître davantage les réactions et les perceptions des policiers lorsque ceux-ci sont confrontés à un ÉT; 2) de décrire l'état de la situation actuelle (p. ex., l'étude a permis d'obtenir un estimé du taux de l'ÉSPT) et; 3) de favoriser l'amélioration d'outils d'évaluation pour l'étude prospective (p. ex., l'étude a permis de développer un questionnaire portant sur le soutien social provenant de différentes sources de soutien et regroupant plusieurs types de soutien social et d'améliorer l'entrevue semi-structurée avec les policiers). *L'étude prospective* a permis, avec l'aide d'une méthodologie plus rigoureuse : 1) de connaître davantage les réactions et perceptions des policiers lors d'un ÉT récent et non pas un ÉT du passé et de comparer les données obtenues avec celles de *l'étude rétrospective*; 2) de mieux décrire l'état actuel de la situation des policiers qui vivent un ÉT, d'estimer la prévalence de l'ÉSPT contemporain; 3) d'observer l'évolution des réactions post-traumatiques dans le temps et particulièrement d'examiner l'impact des facteurs pré, péri et post-traumatiques sur la modulation des symptômes de l'ÉSPT à différents moments.

Les recherches sur les variables prévisionnelles de l'ÉSPT ont été nombreuses depuis l'apparition de ce diagnostic. Pourtant, celles-ci ne nous éclairent peu ou pas encore suffisamment quant à la valence des facteurs prévisionnels, à leurs relations et à leurs rôles respectifs dans la modulation de l'ÉSPT. Les chercheurs et les cliniciens chercheurs doivent poursuivre leurs recherches afin de préciser de manière plus exacte les facteurs qui modulent les réactions post-traumatiques, et ce, en fonction du type de trauma et des populations. Les recherches futures devraient toujours considérer de mesurer, non seulement les facteurs de risque, mais aussi les facteurs de protection. La résilience et le concept de croissance post-traumatique méritent une attention accrue de la part des chercheurs dans le domaine du trauma. Il faut planifier davantage d'études prospectives et longitudinales portant sur le trauma afin d'examiner l'évolution temporelle des réactions post-trauma, de distinguer les prédicteurs associés au développement de l'ÉSPT à différents moments, de préciser les facteurs associés au

maintien ou à la chronicité de l'ÉSPT, de préciser les mécanismes causaux et sous-jacents, et pour investiguer l'impact d'événements stressants cumulatifs, spécialement chez les populations à haut risque. En début de carrière, les individus à haut risque de vivre des ÉT au travail offrent aux chercheurs une opportunité de prendre des mesures au niveau pré-traumatique, c'est-à-dire avant même qu'ils soient exposés à un ÉT. Ces données pré-traumatiques peuvent alors servir en tant que mesures de base et peuvent être par la suite comparées aux données obtenues sur les mêmes mesures une fois que l'individu est exposé au trauma. Ces mesures qu'on appelle pré-post (c.-à-d., les données prises avant et après la survenue d'un ÉT) permettront de mieux évaluer l'impact des facteurs prévisionnels. L'identification des prédicteurs de l'ÉSPT doit être basée sur des études empiriques rigoureuses afin de permettre aux chercheurs et aux cliniciens de développer des programmes efficaces de prévention et d'intervention pour les individus traumatisés. Les recherches futures devront évaluer l'efficacité des interventions primaires, secondaires et tertiaires qui auront été développées en fonction des facteurs de risque et de protection. À ce propos, le chapitre de King, Vogt, et King [25] offre des recommandations méthodologiques pertinentes pour les chercheurs et ce, afin d'accroître notre compréhension de l'étiologie de l'ÉSPT. Il faudrait être en mesure de mieux cerner les facteurs prévisionnels optimaux, c.-à-d. déterminer des prédicteurs qui possèdent non seulement une bonne sensibilité, mais également une spécificité optimale. Les chercheurs devraient opérationnaliser les variables et utiliser une terminologie commune, privilégier une entrevue diagnostique et utiliser des instruments validés, en plus de mieux étudier l'impact de l'ÉSPT partiel. Ils devraient aussi poursuivre l'étude de la dissociation afin d'établir une conceptualisation commune.

De plus, les recherches futures devront porter davantage sur l'évaluation du soutien social et l'impact des interactions sociales négatives comme facteurs de risque et du soutien positif immédiat et post-immédiat comme facteur de protection dans la modulation de l'ÉSPT. Le soutien social ressort dans le présent programme de recherche ainsi que dans d'autres études comme une variable prévisionnelle notable. Toutefois, très peu d'études font la distinction entre les différents types de soutien et les sources de soutien. La grande majorité des recherches mesure la perception de la disponibilité du soutien et non la perception du soutien réellement reçu. Aucune étude ne mesure la perception du soutien reçu pendant ou immédiatement après l'ÉT, alors que ce soutien pourrait avoir un rôle important à jouer dans la modulation des réactions post-traumatiques. Les instruments pour mesurer le soutien social et les symptômes d'un ÉSPT sont souvent auto-administrés, ce qui peut représenter certaines faiblesses (p. ex., l'absence d'un jugement clinique, le manque d'assurance quant à la compréhension des questions). De là vient l'importance d'évaluer le soutien sous forme d'entrevue. Aussi, les instruments utilisés pour mesurer le soutien social n'ont pas été adaptés pour une population de policiers qui présente certaines particularités pouvant diminuer la validité des instruments. En bref, il faudrait vérifier de façon prospective et longitudinale chez des policiers québécois les types et les sources de soutien à différents moments dans le temps qui modulent le développement de l'ÉSPT après un ÉT vécu au cours de leurs fonctions. C'est d'ailleurs sur ce sujet des plus importants que porteront des analyses de résultats complémentaires à venir provenant de *l'étude prospective*.

6. CONCLUSION

Les résultats de cette étude confirment les connaissances actuelles au niveau des taux de prévalence ainsi que des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT que l'on retrouve dans la littérature portant sur diverses populations, dont les policiers. Le taux d'ÉSPT obtenu chez les policiers démontre que ces derniers semblent résilients, malgré le fait qu'ils représentent une population à haut risque de vivre des ÉT dans le cadre de leur travail. Qui plus est, le développement de l'ÉSPT clinique et partiel, ainsi que l'intensité des symptômes d'ÉSPT, se trouvent associés à des facteurs de risque (FR) qui contribuent à la probabilité que l'exposition à un ÉT ait des conséquences à long terme sur la santé psychologique de l'individu et à des facteurs de protection (FP) qui facilitent l'adaptation à la suite d'un ÉT en prévenant les symptômes post-traumatiques ou en atténuant leur intensité [25]. Par le fait même, dans notre étude, la modulation des symptômes d'ÉSPT se trouve agrégée à certains facteurs pré-traumatiques (la personnalité résistante au stress (FP) et aux stratégies de gestion du stress de type émotionnel (FR)) et post-traumatiques (la perception du soutien social des collègues après l'événement (FP), le nombre de symptômes d'ÉSA (FR) et l'intensité des symptômes dépressifs (FR)), mais plus spécifiquement à des facteurs péri-traumatiques (la perception du soutien social des collègues pendant l'événement (FP), la dissociation (FP), et les réactions émotionnelles et physiques (FR)). Les prédicteurs ayant le plus d'impact sur la modulation des symptômes d'un ÉSPT sont la dissociation péri-traumatique et le soutien social pendant ou immédiatement après l'événement, ainsi que l'ÉSA et l'intensité de la dépression. De plus, les policiers mentionnent avoir recours à divers moyens et stratégies d'adaptation pour faire face à un événement critique au travail comme en parler aux collègues, obtenir leur soutien ou avoir des loisirs. Il paraît que ces aspects les aident à mieux récupérer particulièrement après un ÉT. Les policiers conseillent à leurs confrères qui vivent un tel événement d'en parler, de consulter un psychologue et sont eux-mêmes ouverts en majorité à l'idée de recevoir un tel service si besoin est.

Des interventions spécifiques et adaptées pourront être développées dans le futur puisque les facteurs ayant un impact important sur la modulation de l'ÉSPT (p. ex., la dissociation, les réactions émotionnelles et physiques, l'ÉSA et les symptômes dépressifs) peuvent être modifiés à l'aide de stratégies psychologiques de gestion du stress. Les autres facteurs identifiés favorisant une meilleure adaptation (c.-à-d. le soutien social et la personnalité résistante au stress) sont, eux aussi, transformables à l'aide de stratégies préventives qui ont l'avantage de pouvoir être incluses lors des programmes de formation du personnel.

Il est recommandé de cibler, en premier lieu, dans des interventions préventives le soutien social la dissociation, l'ÉSA et les symptômes dépressifs puisqu'il s'agit non seulement de facteurs associés à la modulation de l'ÉSPT, mais aussi de prédicteurs ayant un impact important dans la modulation des réactions post-traumatiques. En second lieu, les interventions peuvent cibler les prédicteurs ayant un impact moins prépondérant et qui sont associés au développement de l'ÉSPT.

Les interventions développées et mises de l'avant pourront ultérieurement aider à mieux prévenir le développement de l'ÉSPT chez les policiers et à favoriser une récupération plus rapide après un ÉT.

7. APPLICABILITÉ DES RÉSULTATS

Nous croyons que les résultats de notre projet pourraient s'appliquer aux policiers du SPVM qui sont à risque de vivre des ÉT dans le cadre de leurs fonctions. Les résultats pourraient également s'appliquer à d'autres corps policiers, susceptibles de vivre des ÉT. Nous croyons que les stratégies de prévention, de dépistage, d'évaluation et d'intervention pour faire face à l'ÉSPT qui seront développées à partir des données obtenues pourront être généralisées et s'appliquer éventuellement, non seulement aux populations policières québécoises, canadiennes et même américaines, mais également s'extrapoler aux autres travailleurs à haut risque de développer des réactions de stress post-traumatiques dans le cadre de leurs fonctions (p. ex., les soldats, les pompiers, les secouristes, les ambulanciers, les agents de la paix). Ainsi, ce projet sera bénéfique à plusieurs autres organisations dont le personnel constitue une population à haut risque.

8. RETOMBÉES ÉVENTUELLES

Parmi les effets anticipés dans le milieu de travail de cette population, le projet permettra entre autres aux intervenants du PAPP et d'autres corps policiers d'avoir recours aux instruments de mesure utilisés dans cette étude afin de dépister plus rapidement les individus à risque de développer des symptômes post-traumatiques. Il serait même pertinent de développer un instrument de dépistage des réactions post-traumatiques spécifiquement pour les policiers. Cet instrument pourrait se baser sur les données obtenues dans l'étude rétrospective et prospective. L'instrument de dépistage pourrait renseigner les intervenants du PAPP et d'autres corps policiers quant à la pertinence d'offrir ou non un suivi psychologique. Ainsi, cette étude permettra de développer de nouvelles avenues et pratiques d'intervention dans le dessein de soutenir les policiers impliqués dans des ÉT et de leur offrir l'aide psychologique requise. Les interventions cliniques des professionnels du PAPP et d'autres corps policiers pourront être ajustées, validées ou améliorées en se basant sur les données de ce programme de recherche scientifique, ce qui permettra du même coup de soutenir ces intervenants dans leur approche clinique. De plus, les données obtenues lors de cette recherche pourront enrichir grandement l'atelier de formation sur la « Gestion humaine lors d'un événement marquant » qui est offert à tous les superviseurs nouveaux promus du SPVM. Un meilleur dépistage des individus à risque ainsi que le développement de nouvelles stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire basées sur nos données pourraient aider à diminuer l'intensité des réactions post-traumatiques, favoriser un retour plus rapide au travail et, à long terme, diminuer la prévalence de ce trouble dans les organisations policières, telle que le SPVM, et diminuer les coûts reliés à cette problématique.

9. LISTE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES PRODUITS DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE SUBVENTION

Voici la liste des articles empiriques, chapitres de livre, communications par affiche ou présentations orales produites dans le cadre de la subvention obtenue :

Lacerte, S., Marchand, A., & Nadeau, C. (2011). Les facteurs prévisionnels de l'état de stress post-traumatique chez les policiers: état de la question. *Journal International de Victimologie*, 8 (3), 208-233.

Marchand, A., Boyer, R., Martin, M., & Nadeau, C. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers - Volet rétrospectif*. Études et recherches / Rapport R-633, Montréal, IRSST, 2010, 120 pages.

Martin, M., & Marchand, A. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un incident critique chez les policiers*. Conférence présentée au Centre Jeunesse de Montréal, lundi le 6 décembre.

Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 451-468.

Martin, M., Marchand, A., & Boyer, R. (2009). Traumatic Events in the Workplace: Impact of Psychopathology and Healthcare Use of Police Officers. *International Journal of Emergency Health*, 11 (3), 165-176.

Belleville, G., Levrier, K., St-Pierre-Delorme, M-È., Cousineau, J., Marchand, A. (2010). *Nightmares and Sleep Disturbances Following Cognitive-Behavior Therapy for PTSD: A Meta-Analytic Review*. Communication par affichage présentée à l'ISTSS au 26th Annual Meeting : Translation, Collaboration and Mutual Learning, entre le 4 et 6 novembre à Montréal.

René de Cotret, I., Martin, M., & Marchand, A. (2010). *Predictors of Peritraumatic Dissociation Among Canadian Police Officers*. Communication par affichage présentée à l'ISTSS au 26th Annual Meeting : Translation, Collaboration and Mutual Learning, entre le 4 et 6 novembre à Montréal.

Marchand, A., & Martin, M. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un incident critique chez les policiers*. Conférence présentée dans le cadre d'un colloque intitulé « Santé psychologique au travail : des solutions pour mieux intervenir dans le milieu du travail », mercredi le 3 novembre à l'IRSST.

Lacerte, S., Marchand, A., & Nadeau, C. (2010). *Les variables modulant l'État de stress post-traumatique au sein de la population policière*. Communication par affichage présentée dans le cadre de la Journée annuelle de la recherche au Centre de recherche Fernand-Seguin qui a eu lieu à l'hôpital Rivière-des-Prairies, le 18 mai 2010.

Lacerte, S., Marchand, A., & Nadeau, C. (2010). *Les facteurs prévisionnels de l'état de stress post-traumatique chez les policiers: état de la question*. Communication présentée dans le cadre du colloque 633 intitulé « Internet et santé: Stratégies d'usages et d'intervention » au 58^e congrès de l'ACFAS à l'Université de Montréal le 10 et 11 mai.

Martin, M., Marchand, A., & Boyer, R. (2008). *Is acute stress disorder useful in predicting PTSD?* Communication par affichage présentée au 25^e congrès de l'International Society for the Study of Trauma and Dissociation, Chicago, 15 au 17 novembre.

Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., Martin, N., & Collacciani, G. (2008). *Le soutien des collègues est-il essentiel au rétablissement lorsqu'un événement traumatique survient en milieu de travail ?* Communication par affichage présentée à la Journée annuelle de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, 18 avril.

Martin, M., Marchand, A., & Martin, N. (2008). *Le soutien social chez les policiers : un facteur de protection contre le stress post-traumatique ?* Présentation orale lors du symposium "Le soutien des proches après un événement traumatique: mieux comprendre pour mieux agir" dans le cadre du 30^e congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), Trois-Rivières, 14-16 mars.

Martin, M., Marchand, A., Collacciani, G., Beaulieu, M., & Brault, J. (2008). *Comment s'adapter à un événement traumatique en milieu de travail?* Communication orale présentée à la 3^e conférence internationale CIST sur les facteurs psychosociaux au travail, Québec, du 1 au 4 septembre.

Martin, M., Marchand, A., Boyer, R. (2008). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique suite à un événement traumatique chez les policiers: volet rétrospectif*. Présentation faite au Service des enquêtes spécialisées, Service de Police de la Ville de Montréal, Montréal, le 21 mai.

Martin, M. (2008). *Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique*. Conférencière invitée dans le cadre du cours de doctorat PSY-9232 : Les troubles liés aux événements traumatiques, Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, Montréal, 23 janvier.

Martin, M., Germain, V., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. Dans S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques : Perspectives scientifiques et cliniques*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Martin, M. & Germain V. (2006). *Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique*. Conférence présentée au Département universitaire de psychiatrie de l'Université de Montréal lors du colloque « PTSD et données probantes : Mise à jour », Montréal, 1^{er} décembre.

Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., Martin, N., & Janelle, A. (2006). The impact of dissociation and social support on PTSD in law enforcement personnel. Communication par affiche présentée au 22^e congrès de l'International Society for Traumatic Stress Studies, Hollywood, 4 au 7 novembre.

Martin, M., Nadeau, C., Marchand, A., & Boyer, R. (2006). *Predictors of comorbid posttraumatic stress disorder and depression in police*. Présentation orale lors du symposium « Posttraumatic and depressive reactions among military veterans, police officers and cashier employees » dans le cadre du 28^e congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal, 17 au 19 mars.

Nadeau, C., Martin, M., & Marchand, A. (2006). *Predictors of posttraumatic stress disorder among police officers*. Présentation orale lors du symposium « Posttraumatic and depressive reactions among military veterans, police officers and cashier employees » dans le cadre du 28^e congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal, 17 au 19 mars.

Nadeau, C., Martin, M., Marchand, A., Gagnon, C., & Poirier-Bisson, J. (2006). *L'impact du soutien social sur le développement du trouble de stress post-traumatique chez des policiers : Une étude rétrospective*. Communication par affiche présentée au 28^e congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal, 17 au 19 mars.

Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., Nadeau, C., & Dequoy, F. (2005). *Predictors of Posttraumatic and Depressive Reactions in Police*. Communication par affiche présentée au 21^e congrès de l'International Society for Traumatic Stress Studies, Toronto, 2 au 5 novembre.

Martin, M., Nadeau, C., Marchand, A., Dequoy, F., & Boyer, R. (2005). *Risk Factors for Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Police Officers: Preliminary Results*. Communication par affiche présentée lors du 9th European Conference on Traumatic Stress, Suède, 18 au 21 juin.

Martin, M., Nadeau, C., Marchand, A., Dequoy, F., & Boyer, R. (2005). *Facteurs de risque associés à l'état de stress aigu et au trouble de stress post-traumatique chez des policiers québécois: Résultats préliminaires*. Présentation orale lors du symposium « Les variables biologiques, psychologiques et sociales modulant la réaction post-traumatique » dans le cadre du congrès de la Canadian Psychological Association, Montréal, 9 au 11 juin.

Martin, M., Marchand, A., & Boyer, R. (2005). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress aigu et du trouble de stress post-traumatique chez des policiers ayant vécu un événement marquant*. Présentation orale lors du symposium « Diagnostic des problèmes de santé mentale et prévention de leurs impacts » dans le cadre du 1^{er} colloque canadien de recherche sur la santé mentale et le travail, Montréal, 2 au 3 juin.

Nadeau, C., Martin, M., Marchand, A., Dequoy, F., & Gagnon, C. (2005). *Le soutien social comme facteur de protection du trouble de stress post-traumatique chez les policiers du Service de Police de la Ville de Montréal*. Communication par affiche présentée au 1^{er} colloque canadien sur la santé mentale et le travail, Montréal, 2 et 3 juin.

Martin, M., Marchand, A. & Boyer, R. (2004). *Predictive Factors Associated with the Development of Posttraumatic Stress Disorder Following Critical Incidents in Police Officers: A Work in Progress*. Communication par affiche présentée au 38^e congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, 18 au 21 novembre.

Martin, M., Marchand, A., & Nadeau, C. (2004). *Protective Factors Associated with Adaptation Following a Traumatic Event*. Communication par affiche présentée au 20^e congrès de l'International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans, 14 au 17 novembre.

10. BIBLIOGRAPHIE

1. MARCHAND, A., R. Boyer, M. Martin et C. Nadeau, *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers - Volet rétrospectif. Études et recherches / Rapport R-633. 2010, IRSSST: Montréal. 120 p.*
2. HÉBERT, F., P. Duguay et P. Massicotte. « *Les actes violents en milieu de travail : des différences selon le sexe* », vol. 2003.
3. MCNALLY, V. J. et R. M. Solomon. « *The FBI's critical incident stress management program* », *FBI Law Enforcement Bulletin*, vol.68, n°2, 1999, p. 20-26.
4. LOO, R. « *Post-shooting stress reactions among police officers* », *Journal of Human Stress*, vol.12, n°1, 1986, p. 27-31.
5. CARLIER, I. V. E., *Finding meaning in police traumas*, in *Police Trauma: psychological aftermath of civilian combat*, J. M. Violanti, D. Paton. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 227-239.
6. APSAM. « *Plusieurs grands dossiers attendent les policiers* », vol. 1995.
7. APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. 2000, Author: Washington, DC.*
8. MARCHAND, A. et P. Brillon, *Le trouble de stress post-traumatique*, in *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale*, R. Ladouceur, A. Marchand, J.-M. Boisvert. 1999, Gaëtan Morin Éditeur: Boucherville, Qc, p. 149-182.
9. KESSLER, R. C., A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes et C. B. Nelson. « *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey* », *Archives of General Psychiatry*, vol.52, 1995, p. 1048-1060.
10. KESSLER, R. C., A. M. Wai Tat Cjiu, M. A. Olga Demler et E. E. Walters. « *Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication* », *Archives of General Psychiatry*, vol.62, 2005, p. 617-627.
11. ANDREW, M. E., E. C. McCanlies, C. M. Burchfiel, L. Charles, T. A. Hartley, D. Fekedulegn, et al. « *Hardiness and psychological distress in a cohort of police officers* », *International Journal of Emergency Mental Health. Special Issue: Resiliency and invulnerability in law enforcement*, vol.10, n°2, 2008, p. 137-148.
12. ASMUNDSON, G. J. G. et J. A. Stapleton. « *Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers* », *Cognitive behaviour therapy*, vol.37, n°2, 2008, p. 66-75.
13. DARENSBURG, T., M. E. Andrew, T. A. Hartley, C. M. Burchfiel et D. Fekedulegn. « *Gender and age differences in posttraumatic stress disorder and depression among Buffalo police officers* », *Traumatology*, vol.12, n°3, 2006, p. 220-228.
14. STEPHENS, C. et I. Miller. « *Traumatic experiences and traumatic stress disorder in the New Zealand police* », *Policing : An International Journal of Police Strategies & Management*, vol.21, n°1, 1998, p. 178-191.
15. CARLIER, I. V. E., R. D. Lamberts et B. P. R. Gersons. « *Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis* », *Journal of Nervous & Mental Disease*, vol.185, n°8, 1997, p. 498-506.
16. MAIA, D. B., C. R. Marmar, T. Metzler, A. Nóbrega, W. Berger, M. V. Mendlowicz, et al. « *Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers:*

- Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health* », *Journal of Affective Disorders*, vol.97, n°1-3, 2007, p. 241-245.
17. MARMAR, C. R., S. E. McCaslin, T. J. Metzler, S. Best, D. S. Weiss, J. Fagan, et al. « Predictors of Posttraumatic Stress in Police and Other First Responders », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol.1071, 2006, p. 1-18.
 18. MARTIN, M., A. Marchand, R. Boyer et N. Martin. « Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers », *Journal of Trauma and Dissociation*, vol.10, n°4, 2009, p. 451-468.
 19. PERRIN, M. A., L. DiGrande, K. Wheeler, L. Thorpe, M. Farfel et R. Brackbill. « Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers », *American Journal of Psychiatry*, vol.164, 2007, p. 1385-1394.
 20. IRSST. « Service d'expertise et de soutien statistique, données compilées à partir du Dépôt de données central et régional (DDCR) de la CSST », mise à jour de juillet 2003.
 21. VIOLANTI, J. M., *Trauma stress and police work*, in *Traumatic stress in critical occupations : Recognition, consequences and treatment*, D. Paton, J. M. Violanti. 1996, Charles C. Thomas: Springfield, IL p. 87-112.
 22. PATON, D., J. M. Violanti et E. Schmuckler, *Chronic exposure to risk and trauma: addiction and separation issues in police officers*, in *Police Trauma: psychological aftermath of civilian combat*, J. M. Violanti, D. Paton. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 78-96.
 23. MANTON, M. et A. Talbot. « Crisis intervention after an armed hold up: Guidelines for counsellors », *Journal of Traumatic Stress*, vol.3, n°4, 1990, p. 507-522.
 24. HILLENBERG, J. et K. Wolf. « Psychological impact of traumatic events: Implications for employee assistance intervention », *Employee Assistance Quarterly*, vol.4, n°2, 1988, p. 1-13.
 25. KING, D. W., D. S. Vogt et L. A. King, *Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder*, in *Early intervention for trauma and traumatic loss*, B. T. Litz. 2004, Guilford Press: New York. p. 34-64.
 26. MITCHELL, M., *A current view from the UK on post incident care: "debriefing", "defusing" and just talking about it.*, in *Police Trauma: Psychological aftermath of civilian combat* J. M. Violanti, D. Paton. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 255-267.
 27. MARTIN, M., V. Germain et A. Marchand, *Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique*, in *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*, S. Guay, A. Marchand. 2006, Les Presses de l'Université de Montréal: Montréal, Canada. p. 51-68.
 28. O'TOOLE, B. I., R. P. Marshall, R. J. Schureck et M. Dobson. « Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol.32, 1998, p. 21-31.
 29. KILPATRICK, D. G., H. S. Resnick, B. E. Saunders et C. L. Best, *Rape, other violence against women, and posttraumatic stress disorder : Critical issues in assessing the adversity-stress-psychopathology relationship*, in *Adversity, stress, and psychopathology*, B. P. Dohrenwend. 1998, Oxford University Press: New York. p. 161-176.

30. **BRESLAU, N., G. C. Davis, P. Andreski et E. Peterson.** « *Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults* », *Archives of General Psychiatry*, vol.48, 1991, p. 216-222.
31. **BRESLAU, N. et G. C. Davis.** « *Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults : Risk factors for chronicity* », *American Journal of Psychiatry*, vol.149, 1992, p. 671-675.
32. **BRILLON, P., A. Marchand et R. Stephenson.** « *Conceptualisations étiologiques du trouble de stress post-traumatique: description et analyse critique* », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, vol.1, n°1, 1996, p. 1-13.
33. **NORRIS, F. H.** « *Epidemiology of trauma : Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups* », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.60, 1992, p. 409-418.
34. **NORRIS, F. H., A. D. Murphy, C. K. Baker, J. L. Perilla, F. G. Rodriguez et J. d. J. Rodriguez.** « *Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico* », *Journal of Abnormal Psychology*, vol.112, n°4, 2003, p. 646-656.
35. **TOLIN, D. F. et E. B. Foa.** « *Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research* », *Psychology Bulletin*, vol.132, n°6, 2006, p. 959-992.
36. **SCHNURR, P. P., C. A. Lunney et A. Sengupta.** « *Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder* », *Journal Traumatic Stress*, vol.17, n°2, 2004, p. 85-95.
37. **BRODATY, H., C. Joffe, G. Luscombe et C. Thompson.** « *Vulnerability to post-traumatic stress disorder and psychological morbidity in aged holocaust survivors* », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.19, 2004, p. 968-979.
38. **TUCKER, P., B. Pfefferbaum, D. E. Doughty, D. E. Jones, F. B. Jordan et S. J. Nixon.** « *Body handlers after terrorism in Oklahoma City: Predictors of posttraumatic stress and other symptoms* », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol.72, n°4, 2002, p. 469-475.
39. **STEPHENS, C., N. Long et R. Flett,** *Vulnerability to psychological disorder: Previous trauma in police recruits*, in *Police Trauma: psychological aftermath of civilian combat*, J. M. Violanti, D. Paton. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 65-77.
40. **FRIEDMAN, M. et C. Higson-Smith,** *Building psychological resilience : Learning from the South African police service*, in *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress : Perspectives on resilience*, D. Paton, J. M. Violanti, L. M. Smith. 2003, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 103-118.
41. **LIBERMAN, A. M., S. R. Best, T. J. Metzler, J. A. Fagan, D. S. Weiss et C. R. Marmar.** « *Routine occupational stress and psychological distress in police* », *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, vol.25, n°2, 2002, p. 421-441.
42. **VIOLANTI, J. M. et A. Gehrke.** « *Police trauma encounters: Precursors of compassion fatigue* », *International Journal of Emergency Mental Health*, vol.6, n°2, 2004, p. 75-80.
43. **HODGINS, G. A., M. Creamer et R. Bell.** « *Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study* », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.189, n°8, 2001, p. 541-547.
44. **GEHRKE, A. et J. M. Violanti,** *Trauma type and frequency: risk factors for posttraumatic stress disorder in policing*, in *Managing traumatic stress risk: a proactive approach*, D. Paton, J. M. Violanti, C. M. Dunning, L. M. Smith, Editors. 2004, Charles C. Thomas: Springfield, Illinois. p. 87-110.

45. POLE, N., *Predictors of PTSD symptoms in police officers: from childhood to retirement*, in *The psychobiology of trauma and resilience across the lifespan*, D. L. Delanahanty. 2008, Jason Aronson: Lanham, MD, US. p. 47-67.
46. INSLICHT, S. S., S. E. McCaslin, T. J. Metzler, C. Henn-Haase, S. L. Hart, S. Maguen, et al. « *Family psychiatric history, peritraumatic reactivity, and posttraumatic stress symptoms: A prospective study of police* », *Journal of Psychiatric Research*, vol.44, n°1, 2010, p. 22-31.
47. GERSHON, R. R. M., S. Lin et X. Li. « *Work stress in aging police officers* », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol.44, n°2, 2002, p. 160-167.
48. MAGUEN, S., T. J. Metzler, S. E. McCaslin, S. S. Inslicht, C. Henn-Haase, T. C. Neylan, et al. « *Routine work environment stress and PTSD symptoms in police officers* », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.197, n°10, 2009, p. 754-760.
49. HAISCH, D. C. et L. S. Meyers. « *MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies* », *Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, vol.20, n°4, 2004, p. 223-229.
50. POLE, N., S. R. Best, D. S. Weiss, T. J. Metzler, A. M. Liberman, J. A. Fagan, et al. « *Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers* », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.189, n°7, 2001, p. 442-448.
51. POLE, N., S. R. Best, T. J. Metzler et C. R. Marmar. « *Why are Hispanics at greater risk for PTSD?* », *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol.11, n°2, 2005, p. 144-161.
52. STEPHENS, C. et N. Long. « *Posttraumatic stress disorder in the New Zealand police: The moderating role of social support following traumatic stress* », *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, vol.12, n°3, 1999, p. 247-164.
53. MCCASLIN, S. E., S. S. Inslicht, T. J. Metzler, C. Henn-Haase, S. Maguen, T. C. Neylan, et al. « *Trait dissociation predicts posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of urban police officers* », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.196, n°12, 2008, p. 912-918.
54. MARMAR, C. R. « *Prospective studies of biological and behavioural predictors of PTSD.* », 2006, November.
55. MEFFERT, S. M., T. J. Metzler, C. Henn-Haase, S. McCaslin, S. Inslicht, C. Chemtob, et al. « *A prospective study of trait anger and PTSD symptoms in police* », *Journal of traumatic stress*, vol.21, n°4, 2008, p. 410-416.
56. POLE, N., T. C. Neylan, C. Otte, C. Henn-Haase, T. J. Metzler et C. R. Marmar. « *Prospective prediction of posttraumatic stress disorder symptoms using fear potentiated auditory startle responses* », *Biological Psychiatry*, vol.65, n°3, 2009, p. 235-240.
57. ANDREWS, B., C. R. Brewin, S. Rose et M. Kirk. « *Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime : the role of shame, anger, and childhood abuse* », *Journal of Abnormal Psychology*, vol.109, n°1, 2000, p. 69-73.
58. MARTIN, A. et A. Marchand. « *Prediction of posttraumatic stress disorder : Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among french-speaking university students* », *Journal of Trauma & Dissociation*, vol.4, n°2, 2003, p. 49-63.

59. **BERNAT, J. A., H. M. Ronfeldt, K. S. Calhoun et I. Arias.** « *Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students* », *Journal of Traumatic Stress*, vol.11, n°4, 1998, p. 645-664.
60. **MAERCKER, A., A. Beauducel et M. Schutzwohl.** « *Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners* », *Journal of Traumatic Stress*, vol.13, n°4, 2000, p. 651-660.
61. **BRUNET, A., D. Weiss, T. J. Metzler et al.** « *The Peritraumatic Distress Inventory : A proposed Measure of PTSD criterion A2* », *American Journal of Psychiatry*, vol.158, n°1480-1485, 2001.
62. **BIRMES, P. J., A. Brunet, D. Coppin-Calmes, C. Arbus, D. Coppin, J.-P. Charlet, et al.** « *Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victims of an industrial disaster* », *Psychiatric services*, vol.56, n°1, 2005, p. 93-95.
63. **SIMEON, D., J. Greenberg, M. Knutelska, J. Schmeidler et E. Hollander.** « *Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster* », *American Journal of Psychiatry*, vol.160, n°9, 2003, p. 1702-1705.
64. **KOOPMAN, C., C. Classen et D. A. Spiegel.** « *Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley California firestorm* », *American Journal of Psychiatry*, vol.151, n°6, 1994, p. 888-894.
65. **O'TOOLE, B. I., R. P. Marshall, R. J. Schureck et M. Dobson.** « *Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans* », *Journal of Traumatic Stress*, vol.12, n°4, 1999, p. 625-640.
66. **WEISS, D., C. Marmar, T. Metzler et H. Ronfeldt.** « *Predicting symptomatic distress in emergency services personnel* », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.63, 1995, p. 361-368.
67. **FIKRETOGLU, D., A. Brunet, S. Best, T. Metzler, K. Delucchi, D. S. Weiss, et al.** « *The relationship between peritraumatic distress and peritraumatic dissociation An examination of two competing models* », *Journal of nervous and mental disease*, vol.194, n°11, 2006, p. 853-858.
68. **OZER, E. J., S. R. Best, T. L. Lipsey et D. S. Weiss.** « *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis* », *Psychological Bulletin*, vol.129, n°1, 2003, p. 52-73.
69. **BREH, D. C. et G. H. Seidler.** « *Is peritraumatic dissociation a risk factor PTSD?* », *Journal of trauma and dissociation*, vol.8, n°1, 2007, p. 53-69.
70. **LENSVELT-MULDERS, G., O. van der Hart, J. M. van Ochten, M. J. M. van Son, K. Steele et L. Breeman.** « *Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis* », *Clinical Psychology Review*, vol.28, 2008, p. 1138-1151.
71. **VAIVA, G., A. Brunet, F. Lebigot, V. Boss, F. Ducrocq, P. Devos, et al.** « *Fright (effroi) and other peritraumatic responses after serious motor vehicle accident : Prospective influence on acute PTSD development* », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol.48, n°6, 2003, p. 395.
72. **BENNETT, P., R. L. Owen, S. Koutsakis et J. Bisson.** « *Personality, Social Context and Cognitive Predictors of Post-Traumatic Stress Disorder in Myocardial Infarction Patients* », *Psychology & Health*, vol.17, n°4, 2002, p. 489-500.

73. CARLSON, E. B. et R. Rosser-Hogan. « Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees », *American Journal of Psychiatry*, vol.148, 1991, p. 1548-1551.
74. SCHNYDER, U., H. Moergeli, R. Klaghofer et C. Buddeberg. « Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims », *American Journal of Psychiatry*, vol.158, n°594-599, 2001.
75. SHALEV, A., T. Peri, M. Canetti et P. Schreiber. « Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study », *American Journal of Psychiatry*, vol.153, 1996, p. 219-225.
76. LANE, P. S. « Critical incident stress debriefing for health care workers », *Omega : Journal of Death and Dying*, vol.28, n°4, 1993-1994, p. 301-315.
77. PATON, D. « Disasters and helpers: Psychological dynamics and implications for counselling », *Counselling Psychology Quarterly*, vol.2, n°3, 1989, p. 303-322.
78. ZEISS, R. et H. Dickman. « Incidence and person-situation correlates of former POWs », *Journal of Clinical Psychology*, vol.45, 1989, p. 80-87.
79. MCCAMMON, S., T. W. Durham, E. J. Allison et J. E. Williamson. « Emergency worker's cognitive appraisal and coping with traumatic events », *Journal of Traumatic Stress*, vol.1, n°3, 1988, p. 353-372.
80. KILPATRICK, D. G., B. E. Saunders, A. Amick-McMullan, C. L. Best, L. J. Veronen et H. S. Resnick. « Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder », *Behavior Therapy*, vol.20, 1989, p. 199-214.
81. RESNICK, H. S., D. G. Kilpatrick, B. S. Dansky, B. E. Saunders et C. L. Best. « Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.61, n°6, 1993, p. 984-991.
82. MCCASLIN, S. E., C. E. Rogers, T. J. Metzler, S. R. Best, D. S. Weiss, J. A. Fagan, et al. « The impact of personal threat on police officers' responses to critical incident stressors », *Journal of nervous and mental disease*, vol.194, n°8, 2006, p. 591-597.
83. CARLIER, I. V. E., R. D. Lamberts et B. P. R. Gersons. « The dimensionality of trauma: A multidimensional scaling comparison of police officers with and without posttraumatic stress disorder », *Psychiatry Research*, vol.97, n°1, 2000, p. 29-39.
84. ROBINSON, H. M., M. R. Sigman et J. P. Wilson. « Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers », *Psychological Reports*, vol.81, 1997, p. 835-845.
85. WILSON, F. C., A. D. Poole et K. Trew. « Psychological distress in police officers following critical incidents », *The Irish Journal of Psychology*, vol.18, n°3, 1997, p. 321-340.
86. BREWIN, C. R., B. Andrews et J. D. Valentine. « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.68, n°5, 2000, p. 748-766.
87. RICHARDSON, J. D., J. A. Naifeh et J. D. Elhai. « Posttraumatic stress disorder and associated risk factors in canadian peacekeeping veterans with health-related disabilities », *La revue canadienne de psychiatrie*, vol.52, n°8, 2007, p. 510-518.
88. BREWIN, C. R., B. Andrews, S. Rose et M. Kirk. « Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime », *American Journal of Psychiatry*, vol.156, n°3, 1999, p. 360-366.

89. CLASSEN, C., C. Koopman, R. Hales et D. Spiegel. « Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms », *American Journal of Psychiatry*, vol.155, n°5, 1998, p. 620-624.
90. HARVEY, A. G. et R. A. Bryant. « The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.66, n°3, 1998, p. 507-512.
91. INGRAM, K. M., N. E. Betz, E. J. Mindes, M. M. Schmitt et N. G. Smith. « Unsupportive responses from others concerning a stressful life event: development of the unsupportive social interactions inventory », *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol.20, n°2, 2001, p. 173-207.
92. LEBLANC, V. R., C. Regehr, R. B. Jolley et I. Barath. « The relationship between coping styles, performance, and responses to stressful scenarios in police recruits », *International Journal of Stress Management*, vol.15, n°1, 2008, p. 76-93.
93. HARVEY-LINTZ, T. et R. Tidwell. « Effects of the 1992 Los Angeles civil unrest: Post traumatic stress disorder symptomatology among law enforcement officers », *The Social Science Journal*, vol.34, n°2, 1997, p. 171-183.
94. STEPHENS, C. « Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand police: Testing a multidimensional model of organisational traumatic stress. », *Australasian Journal of Disaster & Trauma Studies*, vol.1, n°1, 1997.
95. CARLIER, I. V. E., R. D. Lamberts, A. J. Van Uchelen et B. P. R. Gersons. « Disaster-related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing », *Stress Medicine*, vol.14, 1998, p. 143-148.
96. CARLIER, I. V. E., A. E. Voerman et B. P. R. Gersons. « The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers », *British Journal of Medical Psychology*, vol.73, n°1, 2000, p. 87-98.
97. LAZARUS, R. S. et S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*. 1984, Springer: New York.
98. SUTKER, P. B., J. M. Davis, M. Uddo et S. R. Ditta. « War zone stress, personal resources and PTSD in Persian Gulf War returnees », *Journal of Abnormal Psychology*, vol.104, 1995, p. 444-452.
99. BRADFORD, R. et A. M. John. « The psychological effects of disaster work: Implications for disaster planning », *Journal of the Royal Society of Health*, vol.111, 1991, p. 107-110.
100. KOBASA, S. C. « Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.37, n°1, 1979, p. 1-11.
101. BARTONE, P. T., R. J. Ursano, K. M. Wright et L. H. Ingraham. « The impact of a military air disaster on the health of assistance workers : A prospective study », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.177, n°6, 1989, p. 317-328.
102. KOBASA, S. C., S. Maddi et S. Cahn. « Hardiness and health: A prospective study », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.42, 1982, p. 168-177.
103. BENIGHT, C. C. et M. L. Harper. « Coping self-efficacy as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters », *Journal of Traumatic Stress*, vol.15, 2002, p. 177-186.
104. REGEHR, C., J. Hill et G. Glancy. « Individual predictors of traumatic reactions in firefighters », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.188, 2000, p. 333-339.

105. REGEHR, C., J. Hill, T. Knott et B. Sault. « *Self-efficacy, Social Support and Trauma in Experienced Firefighters and New Recruits* », *Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, vol.19, 2003, p. 189-193.
106. DYREGROV, A., J. I. Kristofferson et R. Gjestad. « *Voluntary and professional disaster-workers: Similarities and differences in reactions* », *Journal of Traumatic Stress*, vol.9, 1996, p. 541-555.
107. MARMAR, C. R., D. S. Weiss, T. J. Metzler, H. M. Ronfeldt et C. Foreman. « *Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents* », *Journal of Traumatic Stress*, vol.9, n°1, 1996, p. 63-85.
108. RAPHAEL, B., *When Disaster Strikes : How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. 1986, Basic Books, Inc.: New York, NY.
109. ALEXANDER, D. A. et A. Wells. « *Reactions of police officers to body-handling after a major disaster: A before-and-after comparison* », *British Journal of Psychiatry*, vol.159, 1991, p. 547-555.
110. JONES, R. et A. Kagee. « *Predictors of post-traumatic stress symptoms among South African police personnel* », *South African Journal of Psychology*, vol.35, n°2, 2005, p. 209-224.
111. KANIASTY, K. et F. Norris. « *Social support and victims of crime: Matching event, support, and outcome* », *American Journal of Community Psychology*, vol.20, 1992, p. 211-241.
112. KULKA, R. A., W. E. Schlenger, J. A. Fairbank, H. R.L., B. K. Jordan, C. R. Marmar, et al., *Trauma and the Vietnam war generation : Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. 1990, Brunner/Mazel Inc.: Philadelphia, PA.
113. SOLOMON, Z., M. Mikulincer et S. Hobfoll. « *Effects of social support and battle intensity on loneliness and breakdown during combat* », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.51, 1986, p. 1269-1277.
114. ZOELLNER, L. A., E. B. Foa et B. D. Brigidi. « *Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault* », *Journal of Traumatic Stress*, vol.12, n°4, 1999, p. 689-700.
115. NICE, *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. 2005, Cromwell Press: Wilshire, United Kingdom..
116. FORBES, D. et al. « *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder* », *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 2007, p. 637-648.
117. APA, *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. 2004, American Psychiatric Association: Arlington, VA.
118. STEPHENS, C. et N. Long. « *Communication with police supervisors and peers as a buffer of work-related traumatic stress* », *Journal of Organizational Behavior*, vol.21, n°4, 2000, p. 407-424.
119. FIRST, M. B., R. L. Spitzer, M. Gibbon et J. B. W. Williams, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. 1996, Biometrics Research Department: New York.
120. ROGERS, R., *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing*. 2001, The Guilford Press: New York.

121. HOVENS, J. E., P. R. Falger, W. Op-den-Veld, E. G. Schouten et al. « Occurrence of current post traumatic stress disorder among Dutch World War II resistance veterans according to the SCID », *Journal of Anxiety Disorders*, vol.6, n°2, 1992, p. 147-157.
122. SOLOMON, Z., R. Benbenishty, Y. Neria, M. Abramowitz et al. « Assessment of PTSD : Validation of the revised PTSD Inventory », *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, vol.30, n°2, 1993, p. 110-115.
123. SKRE, I., S. Onstad, S. Torgerson et E. Kringlen. « High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R axis I (SCID-I) », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol.84, n°2, 1991, p. 167-173.
124. ENDLER, N. S. et J. D. A. Parker, *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. 1990, Multi-Health Systems: Toronto.
125. ROLLAND, J. P., *Caractéristiques psychométriques d'un inventaire de réactions aux situations stressantes: le CISS de Endler et Parker*, in *Les techniques psychologiques d'évaluation des personnes* M. Huteau. 1994, EAP: Paris. p. 927-930.
126. BLAKE, D. D., F. W. Weathers, L. M. Nagy, D. G. Kaloupek, F. D. Gusman, D. S. Charney, et al. « The development of a clinician-administered PTSD scale », *Journal of Traumatic Stress*, vol.8, 1995, p. 75-90.
127. DUFOUR-PINEAULT, M. « Hardiesse cognitive: traduction française et validation préliminaire d'un instrument de mesure, le 15-item Dispositional Resilience (Hardiness) Scale », 1997.
128. BARTONE, P. T. « 15-items Dispositional Resilience (Hardiness) Scale », 1994.
129. JANOFF-BULMAN, R., *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. 1992, The Free Press: New York.
130. BRILLON, P. « Caractéristiques psychométriques de l'Échelle des croyances », 2003.
131. SHERER, M., J. E. Maddux, B. Mercandante, S. Pentice-Dunn, B. Jacobs et R. W. Roger. « The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation », *Psychological Reports*, vol.51, 1982, p. 663-671.
132. MARMAR, C. R., D. S. Weiss et T. J. Metzler, *The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*, in *Assessing psychological trauma and PTSD*, J. P. Wilson, T. M. Keane. 1997, The Guilford Press: New York, NY. p. 412-428.
133. TICHENOR, V., C. R. Marmar, D. S. Weiss, T. J. Metzler et H. M. Ronfeldt. « The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress : Findings in female Vietnam theater veterans », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.64, n°5, 1996, p. 1054-1059.
134. MARMAR, C. R., D. S. Weiss, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank, B. K. Jordan, R. A. Kulka, et al. « Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans », *American Journal of Psychiatry*, vol.151, 1994, p. 902-907.
135. MARTIN, A. et A. Marchand. « Validity and reliability of Peritraumatic Dissociative Experiences Francophone Questionnaire », 2000.
136. FALSETTI, S. A., H. S. Resnick, D. G. Kilpatrick et J. R. Freedy. « A review of the "Potential Stressful Events Interview": A comprehensive assessment instrument of high and low magnitude stressors », *The Behavior Therapist*, 1994, p. 66-67.
137. RESICK, P. A., S. A. Falsetti, H. S. Resnick et D. G. Kilpatrick. « The Modified PTSD Symptom Scale-Self-Report. », 1991.

138. GUAY, S., A. Marchand, I. S. et A. Martin. « Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique », *Revue québécoise de psychologie*, vol.23, n°3, 2002, p. 257-269.
139. GUAY, S. et J.-M. Miller. « Traductions du Perceived Supportive Spouse Behaviors et du Perceived Negative Spouse Behaviors », 2000.
140. MANNE, S. L., K. L. Taylor, J. Dougherty et N. Kemeny. « Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer », *Journal of Behavioral Medicine*, vol.20, 1997, p. 101-125.
141. GUAY, S. et M. Bonaventure. « Le soutien social et les troubles anxieux », 2002.
142. MOOS, R. H., *Group Environment Scale: Manuel*. 1981, Consulting Psychology Press.
143. BECK, A. T., R. A. Steer et G. K. Brown, *Manuel de l'Inventaire de dépression de Beck*, (2ème éd.). 1996, Harcourt Brace & Company: Canada.
144. GAUTHIER, J. G., C. Morin, F. Thériault et J. S. Lawon. « Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. », *Revue québécoise de psychologie*, vol.3, 1982, p. 13-27.
145. BOURQUE, P. et D. Beaudette. « Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones », *Revue canadienne des sciences comportementales*, vol.14, n°3, 1982, p. 211-218.
146. LEMESHOW, S., D. W. J. Hosmer, J. Klar et S. K. Lwanga, *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. 1990, Wiley: New York, NY.
147. HARVEY, A. G. et A. R. Bryant. « Predictors of acute stress following motor vehicle accidents », *Journal of Traumatic Stress*, vol.12, n°3, 1999, p. 519-525.
148. FEINSTEIN, A. et R. Dolan. « Predictors of post-traumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion », *Psychological Medicine*, vol.21, 1991, p. 85-91.
149. PERRY, S., J. Difede, G. Musgni, A. J. Frances et L. Jacobsberg. « Predictors of post-traumatic stress disorder after burn injury », *American Journal of Psychiatry*, vol.149, 1992, p. 931-935.
150. TAFT, C. T., A. S. Stern, L. A. King et D. W. King. « Modeling physical health and functional health status: The role of combat exposure, posttraumatic stress disorder, and personal resource attributes », *Journal of Traumatic Stress*, vol.12, n°1, 1999, p. 3-23.
151. ZAKIN, G., Z. Solomon et Y. Neria. « Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans », *Personality and Individual Differences*, vol.34, n°5, 2003, p. 819-829.
152. BARTONE, P. T., *Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War, in Posttraumatic stress intervention : Challenges, issues, and perspectives*, J. M. Violanti, D. Paton, C. Dunning. 2000, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 115-133.
153. BREMNER, J. D. et E. Brett. « Trauma-Related Dissociative States and Long-Term Psychopathology in Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, vol.10, n°1, 1997, p. 37-49.
154. KRYSAL, J. H., S. W. Woods, C. L. Hill et D. S. Charney. « Characteristics of panic attack subtypes - Assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks », *Comprehensive Psychiatry*, vol.32, n°6, 1991, p. 474-480.

155. MOLEMAN, N., O. van der Hart et B. A. van der Kolk «The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. », *Journal of Nervous & Mental Disease*, vol.180, n°4, 1992, p. 271-272.
156. VAN DER KOLK, B. A., O. van der Hart et C. R. Marmar, *Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder*, in *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth. 1996, The Guilford Press: New York, NY.
157. BRUNET, A., K. Sergerie et A. Corbo, *Une théorie neurocognitive des processus impliqués dans le développement et la rémission des psychotraumatismes*, in *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*, S. Guay, A. Marchand. 2006, Les Presses de l'Université de Montréal: Montréal. p. 120-136.
158. STEPHENS, C. « *Psychological Aspects of Trauma. A report on the Trauma Psychology Symposium* », 1997.
159. BARTONE, P. T., *Hardiness as a resiliency resource under high stress conditions*, in *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress : Perspectives on resilience* D. Paton, J. M. Violanti, L. M. Smith. 2003, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 59-73.
160. KHOSHABA, D. M. et S. R. Maddi, *HardiTraining*. 2001, Hardiness Institute: Newport Beach, CA.
161. POLLOCK, C., D. Paton, L. M. Smith et J. M. Violanti, *Training for resilience*, in *Promoting Capabilities to Manage Posttraumatic Stress: Perspectives on Resilience*, D. Paton, J. M. Violanti, L. M. Smith. 2003, Charles C. Thomas: Springfield, IL.
162. PATON, D., J. M. Violanti et L. M. Smith. « *Promoting Capabilities to Manage Posttraumatic Stress: Perspectives on Resilience* », 2003.
163. MARCHAND, A., I. Bousquet Des Groseilliers et A. Brunet, *Psychotraumatismes : Stratégies d'interventions psychothérapeutiques post-immédiates*, in *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements*, S. Guay, A. Marchand. 2006, Presses de l'Université de Montréal: Montréal.
164. BRYANT, R. A., M. L. Moulds et R. D. V. Nixon. « *Cognitive behavior therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up* », *Behaviour Research and Therapy*, vol.41, 2003, p. 489-494.
165. GUAY, S., A. Marchand et V. Billette, *Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique : données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention*, in *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements*, S. Guay, A. Marchand. 2006, Presses de l'Université de Montréal: Montréal.
166. WAYSMAN, M., J. Schwarzwald et Z. Solomon. « *Hardiness: An Examination of its Relationship with Positive and Negative Long Term Changes Following Trauma* », *Journal of Traumatic Stress*, vol.14, n°3, 2001, p. 531-548.
167. ALONSO, J., M. C. Angermeyer, S. Bernert, R. Bruffaerts, T. S. Brugha, H. Bryson, et al. « *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project* », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol.109, n°suppl. 420, 2004, p. 21-27.
168. HINTON, W. L., Q. Tiet, C. G. Tran et M. Chesney. « *Predictors of depression among refugees from Vietnam: A longitudinal study of new arrivals* », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.185, n°1, 1997, p. 39-45.

169. **RESICK, P. A.**, *Sex-role stereotypes and violence against women, in The stereotyping of women: Its mental health effects*, E. D. Rothblum, V. Franks. 1983, Springer: New York, NY. p. 230-256.