

É

Santé psychologique

Études et recherches

RAPPORT R-633



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

*André Marchand
Richard Boyer
Mélinna Martin
Céline Nadeau*



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 <http://www.irsst.qc.ca/en/pat-abonnement.html>

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2010
ISBN : 978-2-89631-414-0 (imprimé)
ISBN : 978-2-89631-415-7 (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,
janvier 2010



Santé psychologique

Études et recherches

RAPPORT R-633

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

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^{1,2}
Richard Boyer^{2, 3}
Mélicca Martin¹
et Céline Nadeau¹*

¹Université du Québec à Montréal

²Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

³Université de Montréal

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



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'IRSSST

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 :

Collaborateur :

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

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

Dr Annie Lafontaine, Ph. D. Conseillère scientifique au sein de l'IRSST

Consultants :

Dr Stéphane Guay, Ph. D.

Dr Gilles Dupuis, Ph. D.

Analyses statistiques :

Dr Richard Boyer, Ph. D.

Dr Jean Bégin, Ph. D.

Assistants de recherche :

Mme Faya Dequoy

Mme Cynthia Gagnon

M. Alain Janelle, B.Sc.

Mme Mélanie Leroux

Mme Marie-Ève Pelland, B.Sc.

M. Maxime Beaulieu, B.Sc.

Évaluateurs :

Mme Catherine Otis, B.Sc.

Mme Émilie Jetté, B.Sc.

Mme Annick Parent-Lamarche, B.Sc.

Mme Marie-Hélène St-Hilaire, M.Ps.

M. David Michalizsyn, B.Sc.

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 postulent 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 les résultats du volet rétrospectif uniquement.

Méthodologie : 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 corrélationnel). 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 ÉT, 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. Les instruments ont été choisis pour leurs qualités psychométriques et cliniques et parce qu'ils ont permis de bien répondre aux 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 cette étude démontrent que 7,6 % des policiers de l'échantillon ont souffert d'un ÉSPT clinique, alors que 6,8 % ont éprouvé un ÉSPT partiel. Les résultats des régressions simples indiquent que le développement de l'ÉSPT clinique et partiel est associé aux facteurs pré-traumatiques (la personnalité résistante au stress), péri-traumatiques (la perception du soutien social des collègues pendant l'événement, la dissociation, les réactions émotionnelles et physiques) et post-traumatiques (la perception du soutien social des collègues après l'événement). Les résultats d'une régression logistique multiple 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 importants. Les résultats des analyses descriptives 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) peuvent potentiellement être atténués ou prévenus, des interventions spécifiques et adaptées pourraient être développées afin de mieux cibler ceux-ci et ultérieurement de 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 du SPVM (PAPP). De plus, les résultats viennent confirmer l'importance d'une approche préventive qui est déjà une pratique préconisée et appliquée par le PAPP.

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 MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES FIGURES.....	XI
1. INTRODUCTION.....	1
1.1 Facteurs de risque pré-traumatiques.....	3
1.2 Facteurs de risque péri-traumatiques.....	4
1.3 Facteurs de risque post-traumatiques.....	5
1.4 Facteurs de protection pré-traumatiques.....	5
1.5 Facteurs de protection péri-traumatiques.....	6
1.6 Facteurs de protection post-traumatiques.....	6
1.7 Impact des divers facteurs prévisionnels dans la population.....	7
1.8 Portée et limites des connaissances actuelles.....	7
2. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	9
2.1 Objectif général de la recherche.....	9
2.2 Hypothèses de recherche.....	9
3. MÉTHODES DE RECHERCHE.....	10
3.1 Procédure.....	10
3.1.1 Policiers impliqués dans un ÉT.....	10
3.1.2 Policiers non impliqués dans un ÉT.....	11
3.2 Instruments de mesure administrés chez les policiers impliqués dans un ÉT.....	11
3.2.1 Évaluation de l'ÉT.....	11
3.2.2 Mesure diagnostique de l'ÉSPT et des autres troubles mentaux.....	12
3.2.3 Données sociodémographiques et données relatives au travail.....	12
3.2.4 Mesure des facteurs pré-traumatiques.....	13
3.2.5 Mesure des facteurs péri-traumatiques.....	14
3.2.6 Mesure des facteurs post-traumatiques.....	15
3.3 Instruments de mesure administrés chez les policiers non impliqués dans un ÉT.....	16
3.4 Devis de recherche et variables étudiées.....	16
3.5 Taille de l'échantillon.....	17

4.	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	17
5.	RÉSULTATS.....	17
5.1	Taux de participation	17
6.	POLICIERS IMPLIQUÉS DANS UN ÉT.....	18
6.1	Données qualitatives	18
6.1.1	Stratégies, services, attitudes et comportements ayant le plus aidé à passer au travers de l'événement stressant.....	19
6.1.2	Stratégies, services, attitudes et comportements conseillés à un confrère qui vit un événement semblable.....	19
6.1.3	Stratégies, services, attitudes et comportements déconseillés à un confrère qui vit un événement semblable.....	20
6.1.4	Services que les policiers aimeraient recevoir	20
6.1.5	Services qui ont aidé les policiers après l'événement marquant.....	21
6.1.6	Moyens permettant aux policiers d'être mieux préparés, mieux formés pour faire face à des événements traumatiques	21
6.2	Données quantitatives.....	22
6.2.1	Analyses statistiques	22
6.2.2	Description des policiers impliqués dans un ÉT.....	22
6.2.3	Description de l'ÉT.....	23
6.2.4	Impact de l'événement sur la santé physique et mentale	23
6.2.5	Prévalence de l'ÉSA et de l'ÉSPT	24
6.2.6	Description des principaux prédicteurs.....	24
6.2.7	Résultats obtenus concernant les facteurs pré-traumatiques.....	27
6.2.8	Résultats obtenus concernant les facteurs péri-traumatiques.....	27
6.2.9	Résultats obtenus concernant les facteurs post-traumatiques	27
6.3	DONNÉES PRÉVISIONNELLES	28
6.3.1	Prédiction des symptômes de l'ÉSPT	28
7.	POLICIERS NON IMPLIQUÉS DANS UN ÉT.....	38
7.1	Description des policiers non impliqués dans un ÉT.....	38
8.	DISCUSSION	40
8.1	DONNÉES QUANTITATIVES.....	40
8.2	DONNÉES PRÉVISIONNELLES	41
8.2.1	Prédicteurs de l'ÉSPT.....	41
8.2.2	Dissociation.....	42
8.2.3	Soutien social.....	43
8.3	DONNÉES QUALITATIVES.....	44
8.3.1	Stratégies ayant le plus aidé les policiers.....	44
8.3.2	Stratégies conseillées par les policiers	45
8.3.3	Stratégies déconseillées par les policiers	46
8.3.4	Services que les policiers aimeraient recevoir	46

8.3.5	Moyens d'être mieux préparés.....	46
8.3.6	Utilité et satisfaction des services psychologiques.....	47
8.3.7	Policiers non impliqués dans un ÉT.....	48
8.4	Implications cliniques.....	48
8.4.1	Prévention primaire.....	48
8.4.2	Prévention secondaire.....	49
8.4.3	Évaluation.....	50
8.4.4	Prévention tertiaire.....	50
8.5	Portée et limites des résultats.....	52
8.6	Recherches futures.....	53
9.	CONCLUSION.....	54
10.	APPLICABILITÉ DES RÉSULTATS.....	55
11.	RETOMBÉES ÉVENTUELLES.....	55
12.	LISTE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES PRODUITS DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE SUBVENTION.....	56
	ANNEXE I.....	71
	ANNEXE II.....	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Portrait descriptif des policiers impliqués dans un événement traumatique (n = 132).....	78
Tableau 2 - Portrait descriptif des policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 27)	79
Tableau 3 - Stratégies, services, attitudes et comportements ayant le plus aidé à passer au travers de l'événement stressant (n = 132)	80
Tableau 4 - Stratégies, services, attitudes et comportements conseillés à un confrère qui vit un événement semblable (n = 132).....	82
Tableau 5 - Stratégies, services, attitudes et comportements déconseillés à un confrère qui vit un événement semblable (n = 132).....	84
Tableau 6 - Services que les policiers aimeraient recevoir (n = 132)	86
Tableau 7 - Réaménagement des tâches de travail (n = 50)	86
Tableau 8 - Durée du congé de maladie (n = 54).....	87
Tableau 9 - Services qui ont aidé les policiers après l'événement marquant (n = 132).....	87
Tableau 10 - Proportion des services qui ont aidé les policiers en fonction des services reçus après l'événement marquant (n = 132)	88
Tableau 11 - Moyens permettant aux policiers d'être mieux préparés, mieux formés pour faire face à des événements traumatiques (n = 132).....	88
Tableau 12 - Données relatives au travail (n = 132).....	91
Tableau 13 - Caractéristiques de l'événement	92
Tableau 14 - Type d'événement vécu.....	93
Tableau 15 - Émotions vécues pendant ou immédiatement après l'événement traumatique.....	95
Tableau 16 - Recours aux services médicaux et psychologiques (n = 132)	96
Tableau 17 - Conséquences de l'événement sur la santé physique des participants (n = 132)	96
Tableau 18 - Diagnostics de l'ÉSA et de l'ÉSPT selon le genre des participants (n = 132)	97
Tableau 19 - Description des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT	25
Tableau 20 - Corrélations de Pearson des données sociodémographiques et de l'ÉSPT	29
Tableau 21b - Corrélations de Pearson des facteurs pré-traumatiques et de l'ÉSPT (n = 132).....	32

Tableau 22 - Corrélations de Pearson des facteurs péri-traumatiques et de l'ÉSPT (n = 132).....	33
Tableau 23 - Corrélations de Pearson des facteurs post-traumatiques et de l'ÉSPT (n = 132).....	34
Tableau 24 - Relation entre les prédicteurs et la présence de l'ÉSPT clinique et partiel (n = 132).....	36
Tableau 25 - Résultats aux questionnaires et comparaison entre les policiers impliqués et non impliqués dans un événement traumatique.....	98
Tableau 25 - Résultats aux questionnaires et comparaison entre les policiers impliqués et non impliqués dans un événement traumatique.....	98
Tableau 26 - Troubles psychiatriques au moment de l'étude et passés et comparaison entre les policiers impliqués	99
Tableau 28 - Services que les policiers aimeraient recevoir selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 27)	100
Tableau 29 - Réaménagement des tâches de travail selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 15)	101
Tableau 30 - Durée du congé de maladie selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 20).....	101
Tableau 31 - Stratégies, services, attitudes et comportements qui aident à récupérer après un événement marquant selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique	102
Tableau 32 - Moyens permettant aux policiers d'être mieux préparés,	103
Tableau 33 - Réactions possibles après un événement marquant selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Étapes de recrutement des participants	73
Figure 2 - Motifs de refus de participation à l'étude (n = 64)	73
Figure 3 - Policiers impliqués dans un événement traumatique : grades des policiers actifs (n = 94)	74
Figure 4 - Policiers impliqués dans un événement traumatique : grades des policiers retraités (n = 38)	74
Figure 5 - Caractéristiques de l'événement traumatique (n = 132)	75
Figure 6 - Émotions vécues pendant ou immédiatement après l'événement traumatique (n = 132)	75
Figure 7 - Policiers non impliqués dans un événement traumatique : grades des policiers actifs (n = 18)	76
Figure 8 - Policiers non impliqués dans un événement traumatique : grades des policiers retraités (n = 9)	76
Figure 9 - Modèle étiologique élaboré à partir des prédicteurs péri-traumatiques significatifs	77

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 du Québec (CSST) révèle que les policiers font partie des groupes de travailleurs les plus exposés à des actes violents en milieu de travail [1]. 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) [2-4]. On observe des réactions de stress post-traumatiques 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 [1]. Ces chiffres indiquent que le stress post-traumatique s'avère le type d'atteinte le plus fréquent pour l'ensemble des travailleurs. Comme souligné par les auteurs [1], 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, dont les policiers.

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 et 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 [5]. 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 [6]. De plus, la personne doit avoir réagi face à cette expérience avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur [6]. 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).

Le taux de prévalence à vie de l'ÉSPT chez les groupes à haut risque de vivre un ÉT se situe entre 30 % et 45 % [7] alors que la prévalence de l'ÉSPT chez la population générale se situe entre 7 % et 8 % [8, 9]. Les policiers constituent une population à haut risque d'être exposée à un ÉT et de développer par la suite un ÉSPT. Selon une étude américaine, il a été estimé qu'entre 12 et 35 % des individus provenant d'un échantillon de policiers américains souffraient d'un ÉSPT [10]. Une autre étude rapporte un taux de prévalence de 26 % dans un échantillon de policiers américains [11]. Il n'y a pas de données sur la prévalence de l'ÉSPT chez les policiers canadiens et québécois. Toutefois, 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 [12].

L'ÉSPT entraîne chez l'individu des comportements d'évitement face aux stimuli associés à l'événement, des symptômes neurovégétatifs (c.-à-d. des problèmes de sommeil, de concentration, d'irritabilité), des souvenirs répétitifs (c.-à-d. des flashbacks) et une altération importante du fonctionnement (c.-à-d. des difficultés au travail) [6]. 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 [13, 14]. Au niveau de la santé physique, l'impact d'une expérience traumatique peut se traduire par un recours accru des 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 [15, 16].

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 [17]. 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 [17]. 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 [18]. Le présent projet de recherche propose donc d'identifier clairement les facteurs de risque ainsi que les facteurs de protection dans la modulation de l'ÉSPT 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 réparti à l'intérieur de trois catégories distinctes, soient 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 [19] offre une recension plus complète des facteurs de risque et de protection.

1.1 Facteurs de risque pré-traumatiques

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, etc.) ou des traumatismes passés (p. ex., un abus physique ou sexuel, etc.) constituent des facteurs de risque pour le développement de l'ÉSPT [20-23]. 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 [24]. 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 [24].

Le genre féminin serait associé à une plus grande vulnérabilité de développer un ÉSPT [22, 25, 26] et à ce qu'il devienne chronique [23]. 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 [8, 25]. 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 [8, 27]. Par contre, d'autres études ne trouvent aucune association entre le genre et l'ÉSPT [28-30]. 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 équivoques. 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 [19].

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 [31-35]. Les policiers qui rapportaient de plus hauts niveaux de stress occupationnel avaient davantage de symptomatologie post-traumatique au moment de l'étude [33, 36]. De plus, 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-traumatiques après l'exposition à un ÉT [37, 38]. Par ailleurs, une étude réalisée chez les policiers n'a pu démontrer de relation entre l'ÉSPT (clinique et sous-clinique) et les facteurs de risques suivants : le statut civil, le genre, l'âge, les

problèmes psychiatriques antérieurs personnels ou familiaux et les événements antérieurs de vie stressants [37]. Les données sociodémographiques comme l'âge, le genre, le rang, le statut civil et le niveau d'éducation n'étaient pas associées avec les symptômes de l'ÉSPT dans d'autres études portant sur les policiers [39-42]. Toutefois, l'ethnicité hispanique demeurait un facteur de risque associé avec une plus grande symptomatologie post-traumatique, même après avoir contrôlé pour les données sociodémographiques et la fréquence et la sévérité de l'exposition à des incidents critiques [39, 40]. Le névrosisme, un trait stable de la personnalité qui implique une sensibilité aux stimuli négatifs, se trouve associé avec une intensité plus élevée de symptômes de l'ÉSPT chez les policiers [36, 43]. 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[44].

1.2 Facteurs de risque péri-traumatiques

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 [45-48]. Récemment, des chercheurs se sont attardés à un construit plus global, nommé détresse péri-traumatique, qui englobe les réactions émotionnelles et physiques d'anxiété. Ce construit fait référence aux réponses émotionnelles négatives et aux réactions physiques d'anxiété ressenties par un individu pendant ou immédiatement après un ÉT [49]. Chez les victimes d'une catastrophe industrielle, la détresse péri-traumatique est un prédicteur de l'ÉSPT [50]. Parmi les composantes de la détresse péri-traumatique se trouve la notion de perte de contrôle (c.-à-d. perte de contrôle de ses émotions, perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale) qui est précisément associée au développement de la symptomatologie post-traumatique [51]. 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 [45, 46, 50, 52-54]. 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 [49, 55]. Finalement, les méta-analyses d'Ozer et coll. [56], de Breh et Seidler [57] et de Lensvelt-Mulders et coll. [58] incluant chacune 35, 59 et 68 études empiriques respectivement 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 [59]. 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 [60]. La sévérité de l'ÉT (mesurée entre autres par la présence de blessures, de menace perçue à la vie, de mortalité) se trouve associée avec le développement de l'ÉSPT [29, 47, 61, 62]. 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 [63]. 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 [64, 65]. Ainsi, plus l'exposition à l'ÉT dure longtemps, plus les symptômes de l'ÉSPT sont sévères [66]. 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 [67], 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 [68, 69].

Chez les policiers, la détresse péri-traumatique, la dissociation péri-traumatique ainsi que les réactions émotionnelles et physiques pendant le trauma prédisent l'ÉSPT [37, 39, 40, 42, 43, 49, 70]. 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 [37, 42, 70, 71]. Toutefois, une étude indique que la perception de proximité face à la mort n'était pas associée au développement de l'ÉSPT [41].

1.3 Facteurs de risque post-traumatiques

Des réactions dépressives chez les victimes d'accidents [63], 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) [72, 73] et l'état de stress aigu (ÉSA) [50, 74-76] sont des indicateurs du développement futur de l'ÉSPT. Ingram et ses collaborateurs [77] démontrent qu'un réseau social peu ou pas soutenant est associé à un mauvais ajustement post-trauma.

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 [37]. 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 [41, 43, 44]. 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 [36, 40, 78]. De plus, chez les policiers, le débriefing psychologique reçu après l'événement n'avait, soit aucun effet sur les symptômes de l'ÉSPT [79] ou entraînait davantage de symptômes [80, 81].

1.4 Facteurs de protection pré-traumatiques

Afin de gérer le stress, les individus peuvent employer diverses *stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress* [82]. 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) [82]. Les

individus ont tendance à recourir à un mode identique de gestion du stress, 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 [83]. La personnalité résiliente ou résistante au stress facilite aussi l'adaptation après un ÉT [84]. L'individu possédant une telle personnalité appréhende adéquatement les événements stressants et manifeste des capacités d'adaptation pour gérer ces événements lorsqu'ils surviennent [85]. 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 justes des événements et à donner un sens aux événements vécus [86, 87]. 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 [88] et chez les pompiers [89, 90]. 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.

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 [91-93]. 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 [94]. Ainsi, l'expérience acquise permettrait d'atténuer l'impact initial et subséquent des ÉT. 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 [94]. Toutefois, l'expérience et la formation ne sont pas des facteurs de protection significatifs dans d'autres études de policiers [37, 95]. 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 [45].

1.5 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, que ce soit chez diverses populations ou chez les policiers.

1.6 Facteurs de protection post-traumatiques

Chez diverses populations, le soutien social adéquat ou positif après l'événement permettrait d'atténuer les effets du stress [96-99]. La famille, les confrères et les amis sont mentionnés comme étant des sources de soutien importantes [86]. 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 [18]. 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)* [100], du *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH)* [101] et de l'*American Psychiatric Association (APA)* [102] ne recommandent pas l'utilisation du débriefing.

En ce qui concerne les policiers, ceux qui perçoivent une plus grande disponibilité de soutien social [33, 40, 42], une plus grande satisfaction avec le soutien reçu [41], 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 [79, 103]. 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 [33]. Dans les études de policiers, offrir une intervention précoce comme le débriefing psychologique au personnel policier après un ÉT n'a aucun effet sur la symptomatologie post-traumatique [79] et peut même entraîner davantage de symptômes [37, 80, 81].

1.7 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 [72] portent 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 [56], 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. D'après ces méta-analyses, il semble que les prédicteurs les plus probants du développement de l'ÉSPT chez diverses populations soient les facteurs péri-traumatiques et post-traumatiques comparativement aux facteurs pré-traumatiques [56, 72].

1.8 Portée et limites 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 autoadministrés 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 ailleurs, il existe peu d'études de nature prospective, alors qu'il y a un urgent besoin d'évaluer le développement ou non de l'ÉSPT et les mécanismes en jeu durant la période suivant l'ÉT. Les études rétrospectives 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. Or, la majorité des études sont de nature rétrospective. De plus, 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 [28]. Pourtant, cette considération est rarement prise en compte dans les études. Qui plus est, 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 [28]. 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 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 protections. 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. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE 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. Le projet comporte une première étude qui sera conduite de façon rétrospective. Une deuxième étude suivra et elle sera menée de façon prospective. Le présent rapport de recherche décrit uniquement la réalisation du volet rétrospectif du projet de recherche global.

2.1 Objectif général de la recherche

L'objectif général de la recherche 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 ou des ÉT.

2.2 Hypothèses de recherche

En se basant sur les données provenant des écrits chez diverses populations et chez les policiers en particulier, les hypothèses suivantes sont formulées concernant l'étude rétrospective :

1. Le développement des symptômes de l'ÉSPT ainsi que l'adaptation à la suite d'un ou des ÉT seraient mieux expliqués par certains facteurs péri et post-traumatiques que par les facteurs pré-traumatiques;
2. Le développement des symptômes de l'ÉSPT serait 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 ou des ÉT serait 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.

3. MÉTHODES DE RECHERCHE

3.1 Procédure

Les policiers sont d'abord mis au courant de l'étude par le biais d'articles parus dans les journaux internes du syndicat et du service de police. Au total, 1 664 policiers actifs et retraités sont choisis aléatoirement pour participer à la recherche à l'aide d'une liste appartenant à la Direction des ressources humaines (DRH) qui contient les noms des 8000 policiers actifs et retraités du SPVM. Les policiers sélectionnés reçoivent une lettre à leur domicile de la part de la Fraternité des policiers et policières qui les invite à participer à l'étude. Les policiers qui contactent le coordonnateur de la recherche se font expliquer, en détail, l'étude et s'ils sont toujours intéressés, un rendez-vous est planifié pour la rencontre d'évaluation. Les policiers sont évalués lors d'une seule rencontre 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. Un formulaire de consentement doit être passé en revue avec le policier et signé avant de commencer l'entrevue. Après l'évaluation, les participants ont à remplir certains questionnaires à leur domicile et à nous les retourner par la poste. À la suite de l'évaluation, les policiers qui le désirent et qui en font la demande peuvent obtenir un bilan de leur niveau de stress. Les policiers qui n'étaient pas impliqués dans un ÉT au travail ont également eu à compléter une entrevue et des questionnaires.

3.1.1 Policiers impliqués dans un ÉT

Cent soixante-neuf policiers provenant du SPVM ont participé à l'étude sur une base volontaire. Parmi ceux-ci, 142 policiers ont été exposés à au moins un ÉT au travail et ont donc été inclus dans l'étude portant sur les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT. Au total, 10 participants (7 %) n'ont pas complété l'entrevue ou n'ont pas retourné leurs questionnaires par la poste. Les raisons de cette non-adhérence aux consignes sont inconnues. L'échantillon final se compose de 132 policiers (113 hommes et 19 femmes). Les participants sont âgés en moyenne de 43 ans (écart-type = 11,53), possèdent en moyenne 15 années de scolarité ou d'études (écart-type = 2,13), 87 % sont mariés ou en union de fait, 71 % sont des policiers actifs alors que 29 % sont des policiers retraités. Le tableau 1 présenté à l'annexe I donne les caractéristiques descriptives concernant tous les policiers qui ont participé et complété l'étude. Tous ont vécu dans le passé au moins un ÉT tel que défini par le critère diagnostique A de l'ÉSPT dans le DSM-IV-TR [6]. Selon le critère diagnostique A, 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. 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 résultats des policiers qui ne rapportent pas avoir fait l'expérience d'un événement qui remplit les critères diagnostiques tels que définis dans le manuel diagnostique des troubles mentaux [6] ne sont pas pris en compte dans l'étude portant sur les prédictors de l'ÉSPT. Lorsque le policier rapporte

avoir vécu plusieurs événements, l'entrevue porte sur l'incident qui a le plus perturbé le policier. En moyenne, 14 années (écart-type = 10,80) se sont écoulées entre l'événement et l'entrevue. 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 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.

Il n'y avait aucune différence significative entre les données des policiers qui ont complété l'étude et celles des 10 policiers qui ne l'ont pas complété en ce qui concerne les facteurs suivants : nombre de symptômes de l'ÉSPT, nombre de symptômes d'évitement, diagnostic de l'ÉSPT (clinique et partiel), sévérité de l'ÉSPT, nombre de diagnostics actuels et passés de troubles psychiatriques, données sociodémographiques comme l'âge au moment de l'étude et au moment de l'ÉT, le genre, l'éducation, le statut professionnel (policier retraité ou actif), le statut civil ainsi que le nombre d'enfants.

3.1.2 Policiers non impliqués dans un ÉT

Parmi les 169 policiers évalués, 27 d'entre eux rapportent n'avoir jamais vécu un ÉT au travail. Les données de ces policiers seront comparées à celles des policiers impliqués dans un ÉT. Les participants dans cet échantillon sont âgés en moyenne de 44 ans (écart-type = 12,89), possèdent en moyenne 15 années de scolarité ou d'études (écart-type = 2,29), 74 % sont mariés ou en union de fait, 67 % sont des policiers actifs alors que 33 % sont des policiers retraités (voir le tableau 2 de l'annexe I pour les données descriptives de cet échantillon).

3.2 Instruments de mesure administrés chez les policiers impliqués dans un ÉT

Les instruments de mesure ont été choisis pour leurs qualités psychométriques et cliniques et parce qu'ils permettent de bien répondre aux hypothèses de recherche et aux 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 Évaluation de l'ÉT

L'exposition antérieure à un ÉT est déterminée à l'aide de la perception subjective du policier. Une entrevue maison permet d'évaluer les caractéristiques objectives et subjectives associées à l'événement comme : la nature de l'événement; sa durée; son caractère incontrôlable, imprévisible ou inattendu; la perception 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. Lorsque le policier rapporte avoir vécu plusieurs événements, l'entrevue porte sur l'incident qui a le plus perturbé le policier.

3.2.2 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); [104])* 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'état de stress aigu (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 et l'ÉSA, le diagnostic clinique et partiel est évalué. Un diagnostic d'un 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 [6]. Cette procédure d'évaluation du diagnostic de l'ÉSPT partiel suit la méthode employée par Schnurr dans ses études [28]. 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 [6]. Pour l'ÉSA, un diagnostic partiel s'applique lorsque les sujets remplissent trois des quatre critères diagnostiques (p. ex., B, C, D, E) de l'ÉSA tels que définis par le DSM-IV [6]. Cette procédure d'évaluation du diagnostic de l'ÉSA suit la méthode employée par Harvey & Bryant [105].

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 [106]. La version antérieure présente une bonne validité concomitante avec le jugement de cliniciens ($\kappa = 0,69$) [107] ainsi qu'une bonne validité convergente avec d'autres mesures de l'ÉSPT comme l'Impact of Event Scale [108]. En ce qui concerne la fidélité inter-juges, des kappas de 0,87 [97] et 0,77 [109] 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 [106]. Dans la présente recherche, des évaluateurs indépendants ont effectué des accords inter-juges sur un certain nombre des entrevues SCID-I sélectionnées au hasard (30 %; $n = 40$). On observe un niveau d'accord parfait ($\kappa = 1,0$) pour les diagnostics actuels et passés de l'ÉSPT et de l'ÉSA. Il y a eu également un très bon niveau d'accord concernant la présence ou l'absence d'autres troubles mentaux ($\kappa = 0,90$).

3.2.3 Données sociodémographiques et données relatives au travail

Un questionnaire maison permet d'estimer les *données sociodémographiques* (c.-à-d. le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le statut civil et le nombre d'enfants) et les *données relatives au travail* pour chaque policier (c.-à-d. le grade, le nombre d'heures de travail par semaine, la qualité des relations avec les confrères de travail, le niveau général de satisfaction avec le service de police et la durée (en années) du service policier).

3.2.4 Mesure des facteurs pré-traumatiques

Plusieurs modules du *SCID-I* sont utilisés pour évaluer la présence de 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 troubles psychologiques dans leur vie? » Si oui, les participants doivent indiquer leur lien familial avec cette personne et spécifier quel genre de problèmes cette personne a eu. Par ailleurs, les participants doivent indiquer leur âge au moment de l'ÉT, alors que l'expérience de travail antérieure est mesurée par le nombre d'années dans le service de police au moment de l'incident.

L'*Inventaire de coping pour situations stressantes-R (The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS); [110])* est utilisé afin de mesurer les modes habituels de réaction 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. Une étude sur la validation française de cet instrument démontre de solides qualités de validité interne [111]. Les coefficients dégagés pour l'échelle Émotion (0,86), Tâche (0,87), et Évitement (0,83) démontrent que ces trois échelles sont homogènes. Par ailleurs, les trois dimensions de l'échelle sont relativement indépendantes [111].

Le *Life Events Checklist* qui fait partie du *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; [112])* évalue à l'aide de 17 questions la présence des ÉT survenus pendant l'enfance ou 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 ou été témoin de 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 [112]. L'instrument présente une bonne consistance interne avec un coefficient de 0,89 et une fidélité test-retest de 0,97.

La version française [113] du *15-Item Dispositional Resilience (Hardiness) Scale (DRS ; [114])* est un instrument de mesure autoadministré 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 (de 0 à 3) 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 [114]. Une validation de la version française a été effectuée auprès d'un échantillon adulte francophone venant du Québec [113]. 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 de croyances (World Assumptions Scale; [115])* est un questionnaire autoadministré 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 (de 1 à 6) où 1 = en désaccord total et où 6 = 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 [116].

3.2.5 Mesure des facteurs péri-traumatiques

La *sévérité de l'ÉT* est évaluée à l'aide d'une entrevue maison qui tient compte des caractéristiques objectives et subjectives associées à l'événement (voir la section « évaluation de l'ÉT » pour plus de détails). Des points sont attribués pour chaque caractéristique mesurée. Le total des items varie entre 4 et 31. Des scores plus élevés reflètent une plus grande sévérité d'exposition à l'événement.

Le *Questionnaire sur les expériences dissociatives péritraumatiques (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Self-Report Version (PDEQ-SRV); [117])* 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 total des items varie entre 10 et 50. Cet instrument possède de bons indices de fidélité et de validité [118]. Il a également de bonnes validités convergente, discriminante et prédictive [119]. La version française du questionnaire a été validée auprès d'une population étudiante [120] et démontre les mêmes propriétés psychométriques que la version anglaise. Ainsi, l'instrument présente une bonne consistance 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; [121])* est un instrument de mesure autoadministré 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. 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 [121]. Puisqu'il y avait un chevauchement significatif entre les 5 items de la sous-échelle de dissociation et le *PDEQ-SRV*, cette sous-échelle a été exclue du score total. Le nouveau score total a été calculé à l'aide de la somme totale des 10 items subsistants sur l'*Échelle des réactions émotionnelles initiales* [47].

L'*Échelle des réactions physiques initiales (Initial Subjective Reaction Physical Scale of the Potential Stressful Events Interview; [121])* est une échelle autoadministrée 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, soit la transpiration, sensation d'étouffement,

étourdissements, palpitations cardiaques, bouffées de chaleur, etc. L'instrument présente une bonne cohérence interne avec un coefficient de 0,86 [47].

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 votre partenaire ou vos confrères de travail vous ont soutenu adéquatement pendant l'événement marquant? » 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 (1 = pas du tout; 5 = extrêmement).

3.2.6 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'*Inventaire de soutien perçu (ISP; [122])* est un instrument de mesure autoadministré composé de deux sous-échelles : 1) Le *Questionnaire sur le soutien positif perçu (Perceived Supportive Spouse Behaviors; [123])* 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 10 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 consistance interne (0,87) et un indice de validité convergente avec l'Échelle de provisions sociales ($r = 0,44$; [124]); 2) Le *Questionnaire pour le soutien négatif perçu (Perceived Negative Spouse Behaviors; [123])* 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/éviterment ou les critiques. La version québécoise présente une très bonne consistance interne (0,84) et un indice de validité convergente avec l'Échelle de provisions sociales ($r = -0,43$; [124]). 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 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 reçu dans le mois suivant l'ÉT au travail.

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* après l'ÉT. La question se lit comme suit : « Suite à l'événement, à quel point avez-vous été satisfait de la qualité de soutien reçu de la part de vos confrères de travail? » 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 (1 = pas du tout; 5 = extrêmement).

Le questionnaire maison *Soutien social et 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 un congé de travail, des arrangements ou changements dans les tâches de travail, des indemnités, des consultations avec un psychologue ou du débriefing psychologique.

L'*Inventaire de la dépression de Beck-II* (*Beck Depression Inventory-II*; [125]) mesure la présence et l'intensité des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. Il s'agit d'un questionnaire autoadministré de 21 questions qui est rempli par les participants. L'instrument a été validé auprès de femmes et d'hommes québécois [126]. La mesure de consistance 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 [127] démontre une bonne validité concurrente lorsque cet instrument est comparé aux autres mesures de dépression.

L'entrevue maison intitulée *Mécanismes d'adaptation* permet d'en connaître davantage sur les comportements, les attitudes ou les stratégies utilisées par les policiers afin de gérer ou réduire leur stress après un ÉT. Les participants répondent à des questions ouvertes qui ne contiennent pas d'éléments de réponse prédéterminés. Les policiers doivent également indiquer, parmi un ensemble de services prédéterminés, ceux qui les ont aidés et ceux qu'ils aimeraient recevoir advenant la survenue d'un nouvel événement.

Le questionnaire maison sur les *Recours aux services médicaux et psychologiques* permet de documenter l'utilisation des services de santé dans l'année précédant l'ÉT et l'année suivant 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. À la suite de l'événement, la présence ou l'absence de douleurs et blessures physiques 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.

3.3 Instruments de mesure administrés chez les policiers non impliqués dans un ÉT

Les policiers qui n'ont pas vécu un ÉT au travail sont également évalués à l'aide de l'Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV (*SCID-I*) et doivent répondre aux questionnaires suivants : Inventaire de la dépression de Beck-II, Inventaire de soutien perçu, Échelle de croyances, Inventaire de coping pour situations stressantes-R et versions françaises du Life Events Checklist et du 15-Item Dispositional Resilience (Hardiness) Scale. Aussi, les policiers complètent une entrevue maison dans laquelle ils répondent à des questions portant sur leurs données sociodémographiques, leurs données relatives au travail, la perception qu'ils ont des policiers qui vivent des ÉT au travail ainsi que les services médicaux et psychologiques reçus au cours de la dernière année.

3.4 Devis de recherche et variables étudiées

La présente étude a utilisé un devis de type corrélationnel. Les variables indépendantes sont les facteurs de risque et de protection pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques. Les facteurs pré-traumatiques étudiés concernent les données sociodémographiques, le nombre d'années d'expérience en tant que policier et 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, les événements stressants et traumatiques antérieurs. Les facteurs péri-traumatiques étudiés 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. Les facteurs post-traumatiques sont la perception du soutien social des proches, des confrères et des supérieurs. La variable dépendante est le diagnostic de l'ÉSPT (clinique et partiel versus absent) à la suite de l'exposition à un ÉT au travail.

3.5 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon nécessaire pour réaliser l'étude rétrospective fut établie en tenant compte des principales analyses statistiques planifiées pour tester nos hypothèses de recherche, soit la régression logistique multivariée. Considérant ces analyses, la taille de l'échantillon minimum exigée est de 114 sujets pour réaliser l'étude rétrospective. Pour parvenir à un nombre final de 114, nous devons contacter au total 264 participants. Ce nombre a été calculé avec les données suivantes : 1) nous estimons un taux de non-réponse de 40 %; 2) nous estimons un taux d'exposition à des ÉT de 80 % dans une population policière, ce qui fait que 20 % des participants n'auront pas vécu d'ÉT; 3) nous estimons un taux d'attrition de 10 %. Ainsi, 264 policiers seront recrutés.

4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les participants de cette étude ont signé un formulaire de consentement éclairé afin de prendre part à l'étude. Chaque participant a été mis au courant que sa participation était libre et qu'il pouvait se désister à tout moment. 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, après la fin de la recherche, tous les questionnaires seront détruits. Les participants sont mis au courant de ces procédures. 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.

5. RÉSULTATS

5.1 Taux de participation

La figure 1 (voir à l'annexe 1) représente les étapes de recrutement des participants : les moments de recrutement, le nombre de policiers contactés, le nombre de personnes ayant accepté de participer à l'étude ainsi que le nombre de policiers ayant refusé de participer. Nous contactons, comme prévu selon les calculs de la taille de l'échantillon, 264 policiers (185 policiers actifs et 79 policiers retraités) par le biais d'un envoi postal en mai 2004. Puisque nous faisons face à un plus faible taux de participation qu'escompté, une relance au mois d'août 2004 est opérée et d'autres moments de recrutement sont effectués. À chaque moment de recrutement, de nouveaux policiers sont contactés, sauf pour le mois d'août 2004 où les policiers n'ayant pas répondu à l'invitation en mai 2004 sont contactés une deuxième fois. Le taux de participation pour chaque

moment de recrutement est calculé. Il est à noter que le taux de participation reste relativement stable dans le temps, mais qu'il augmente lorsqu'une relance est faite aux policiers qui avaient été contactés auparavant (voir août 2004 dans la figure 1). Au total, 1 664 policiers sont contactés; 169 policiers acceptent de participer, 64 policiers refusent, 1 529 policiers ne répondent pas à l'invitation, ce qui donne un taux de participation global de 10 %.

La relance effectuée au mois d'août 2004 vise à encourager les policiers à participer à l'étude et à déterminer les motifs de refus de ceux qui ne veulent pas participer. Une lettre ainsi qu'une feuille nommant diverses raisons pour ne pas participer à l'étude sont alors envoyées aux policiers qui n'ont pas répondu lors du premier envoi postal. Une enveloppe-réponse affranchie est jointe pour retourner le sondage. Soixante-quatre policiers renvoient le sondage et indiquent qu'ils ne participeront pas à l'étude. La figure 2 (voir à l'annexe 1) ci-dessous précise les motifs de refus donnés.

La figure 2 indique que la principale raison donnée pour ne pas participer à l'étude est le manque de temps, suivi du désintéressement. Les policiers qui se disent « non disponible » invoquent les raisons suivantes : congé de maternité, maladie, habite à l'extérieur. Il semble pertinent de se demander si les policiers ayant refusé de participer à l'étude étaient plus symptomatiques que les participants. Puisque l'évitement fait partie des symptômes de l'ÉSPT, il est possible que certains policiers aient refusé de participer à l'étude par crainte d'avoir à parler de l'événement ou d'y repenser. Toutefois, lorsque l'on examine les raisons invoquées par les 64 policiers qui ont décidé de ne pas participer, seulement 16 % indiquent ne pas vouloir participer parce qu'ils ne veulent pas parler de leurs expériences personnelles. Il est possible que l'évitement post-traumatique ne soit pas suffisant pour justifier entièrement les nombreux refus de participer. Il ne faut pas perdre de vue que la présente recherche est de nature rétrospective et que les ÉT se sont produits, en moyenne, il y a plusieurs années.

Toutefois, il convient de rester prudent dans l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus, car notre échantillon n'est pas nécessairement représentatif de la communauté policière du SPVM étant donné le faible taux de participation. Ceci ne permet pas aux chercheurs d'émettre des conclusions définitives qui s'appliquent à l'ensemble de la population policière. Les résultats de l'étude s'appliquent essentiellement aux répondants de l'étude.

6. POLICIERS IMPLIQUÉS DANS UN ÉT

Certains questionnaires nous ont permis d'obtenir des données descriptives de nature qualitative et quantitative pour l'ensemble des policiers impliqués dans un ÉT. Les données qualitatives obtenues seront décrites en premier lieu.

6.1 Données qualitatives

L'entrevue maison intitulée *Mécanismes d'adaptation* vise à mieux connaître les stratégies utilisées par les policiers ayant vécu un ÉT afin d'être en mesure de gérer ou réduire leur stress à la suite d'un tel incident. Les 132 participants répondent à des questions ouvertes qui ne suggèrent pas d'éléments de réponse prédéterminés. Les réponses obtenues les plus significatives

sont rapportées dans le texte qui suit, alors que l'ensemble des réponses obtenues se trouve intégré dans les tableaux 3 à 11 de l'annexe I.

6.1.1 Stratégies, services, attitudes et comportements ayant le plus aidé à passer au travers de l'événement stressant

À la question « *Qu'est-ce qui vous a le plus aidé à passer au travers de l'événement stressant que vous avez vécu?* », 27 % des policiers répondent « en parler aux collègues »; 27 % indiquent « les loisirs »; 20 % mentionnent « obtenir le soutien des collègues » et 20 % des policiers indiquent « en parler aux proches » (voir le tableau 3 de l'annexe I pour l'ensemble des réponses obtenues). Parmi les loisirs, notons que l'exercice physique semble être l'élément le plus souvent cité. Nous distinguons les concepts « en parler » de « obtenir du soutien ». Par exemple, « en parler aux collègues » signifie que le policier indique avoir émis ce comportement. Toutefois, cela n'indique pas si le collègue a été soutenant ou non. « Obtenir le soutien des collègues » indique que le policier a *perçu* l'obtention du soutien de la part des collègues, sans nécessairement en avoir réellement reçu ou avoir parlé de l'événement au préalable.

À la lumière de ces résultats, l'on peut attester que parler de l'événement, que ce soit aux collègues, aux proches ou à d'autres personnes semble bénéfique pour une bonne partie des policiers. C'est d'ailleurs l'élément qui est le plus souvent mentionné. Par ailleurs, un « suivi psychologique » apparaît être un des services le plus soutenant chez 14 % des policiers. Ce pourcentage peut être estimé comme relativement faible, cependant il ne faut pas oublier que ce n'est qu'une partie des policiers qui a pu avoir recours aux services d'un psychologue du PAPP puisque ce programme fut instauré au sein du SPVM en 1990. Seulement 55 % des policiers ont été en mesure d'obtenir les services d'un psychologue du PAPP étant donné que leur ÉT est survenu après la mise sur pied du PAPP. Par ailleurs, le « débriefing », qu'il soit opérationnel ou psychologique, est également perçu comme étant un des services les plus aidants chez 11 % des participants. Il est important de savoir que seulement une partie de l'ensemble des policiers, soit 23 %, indique avoir reçu un débriefing de groupe. Le débriefing psychologique a également été mis en place à partir de 1990.

6.1.2 Stratégies, services, attitudes et comportements conseillés à un confrère qui vit un événement semblable

À la question « *Si un confrère avait à vivre un événement semblable à celui que vous avez vécu, quelles sont les choses que vous lui conseilleriez de faire?* », 74 % des policiers conseillent à un confrère qui a vécu un ÉT d'« en parler » que ce soit à des collègues, des proches ou à d'autres personnes (voir le tableau 4 de l'annexe I). Seulement 3 % des policiers mentionnent que leur confrère devrait « en parler aux supérieurs ». La ligne téléphonique 280-BLEU, une ligne anonyme où des policiers-ressources (c.-à-d. des policiers qui aident et soutiennent leurs collègues par compassion) sont disponibles pour écouter des policiers en détresse, a été désignée par 4 % des policiers. Ce service d'écoute disponible au SPVM et désigné par l'acronyme BLEU, puisque les policiers municipaux de la Ville de Montréal portent des chemises de couleur bleue, a été développé par un agent du SPVM en concertation avec les psychologues du PAPP. Ce service permet d'offrir une aide ponctuelle d'écoute et de soutien à des policiers en difficultés et constitue une ressource complémentaire aux services professionnels offerts au PAPP.

Quarante-trois pour cent des policiers conseillent d'aller « consulter un psychologue ou le programme d'aide aux policiers et policières (PAPP) ». Environ 10 % des policiers suggèrent les stratégies suivantes : « prendre du temps pour soi » et « accepter et exprimer ses émotions ». Le débriefing est également conseillé par environ 8 % des policiers, bien que ce ne soit pas spécifié s'il s'agit d'un débriefing opérationnel ou psychologique.

6.1.3 Stratégies, services, attitudes et comportements déconseillés à un confrère qui vit un événement semblable

À la question « *Si un confrère avait à vivre un événement semblable à celui que vous avez vécu, quelles sont les choses que vous lui conseilleriez de ne pas faire?* », 45 % des policiers dissuadent leurs collègues « d'éviter d'en parler »; 17 % déconseillent de « rester seul et de s'isoler » et 12 % des policiers ne recommandent pas de « nier ou d'oublier l'événement et de faire de l'évitement » (voir le tableau 5 de l'annexe I). Onze pour cent des policiers condamnent la prise d'alcool, de drogues ou de médicaments lorsque vient le temps de gérer l'événement. Cela concorde avec le fait qu'ils déconseillent à autrui « d'oublier l'événement » et de « refouler leurs émotions ». Dans un autre ordre d'idées, certains n'encouragent pas « d'en parler trop » et de « s'exposer de façon constante à l'événement » par le biais des coupures de journaux ou des enregistrements audio de l'événement. Ainsi, il semble important pour les policiers d'arriver à doser l'exposition à l'événement marquant, c'est-à-dire ne pas trop s'exposer à l'événement sans toutefois le nier ou le minimiser.

6.1.4 Services que les policiers aimeraient recevoir

À la question « *Si vous deviez revivre un nouvel événement marquant, quels services aimeriez-vous recevoir?* », les policiers indiquent qu'ils aimeraient recevoir la plupart des services énumérés dans la liste qui leur était offerte (voir le tableau 6 de l'annexe I). Les policiers aimeraient d'abord et avant tout : 1) recevoir du soutien des collègues; 2) recevoir du soutien du superviseur ou du commandant; 3) recevoir des conseils par un confrère ayant vécu un événement semblable. Le soutien familial semble également important. Plus de 80 % des policiers apprécieraient également recevoir des consultations psychologiques si le besoin s'en faisait sentir et un débriefing psychologique. L'opinion des policiers semble partagée en ce qui concerne recevoir un réaménagement des tâches de travail et un congé de maladie. En effet, il n'y a pas de différence significative entre le nombre de policiers qui aimeraient recevoir un réaménagement des tâches de travail versus ceux qui n'en veulent pas ($\chi^2(1, N = 132) = 0,27, p > 0,05$) et entre ceux qui désirent un congé de maladie versus ceux qui n'en veulent pas ($\chi^2(1, N = 132) = 2,45, p > 0,05$).

Les policiers ayant indiqué qu'ils aimeraient recevoir un réaménagement des tâches de travail devaient préciser de quelle façon ils souhaiteraient que leurs tâches soient réaménagées. Dix pour cent d'entre eux soulignent qu'ils aimeraient effectuer des tâches cléricales ou administratives, 5 % indiquent qu'ils préféreraient être retirés momentanément des opérations routières et un autre 5 % révèlent qu'ils aimeraient être consultés avant que l'on réaménage leurs tâches de travail et que cela doit se faire selon les besoins du policier (voir le tableau 7 de l'annexe I).

En ce qui concerne la durée du congé de maladie qu'ils souhaiteraient obtenir, 25 % d'entre eux indiquent que la durée devrait être variable et qu'elle devrait être estimée en fonction des besoins du policier et de l'événement vécu (voir le tableau 8 de l'annexe I).

6.1.5 Services qui ont aidé les policiers après l'événement marquant

Nous avons ensuite demandé aux policiers : « *Parmi tous les services énumérés dans la liste, quels sont ceux qui vous ont aidé suite à votre événement marquant?* ». À cette sous-question, les policiers répondent que recevoir du soutien des collègues et de la famille est ce qui a été le plus aidant (voir le tableau 9 de l'annexe I). La moitié des policiers (51 %) indiquent que le soutien du superviseur ou du commandant a été aidant. Peu de policiers rapportent que les services psychologiques pour leur famille ou l'intégration du conjoint dans une thérapie sont des services qui les ont aidés. Toutefois, il est fort probable que la proportion de policiers ayant eu recours à ces deux services soit tout aussi faible.

Nous avons mesuré le soutien tangible reçu par les policiers après l'événement en leur demandant d'indiquer les services qu'ils ont reçus et ceux qui les ont aidés (voir le tableau 10 de l'annexe I). Environ 15 % des policiers indiquent avoir reçu un congé de maladie et des consultations avec un psychologue. Plus de 80 % de ces policiers précisent que d'avoir reçu un de ces services les a aidés. L'opinion des policiers est partagée en ce qui a trait au réaménagement des tâches de travail. Environ 10 % ont fait face à un réaménagement. Parmi ceux-ci, 64 % indiquent que d'avoir reçu un tel service les a aidés. En ce qui concerne le débriefing avec un psychologue, 23 % des policiers mentionnent en avoir reçu un et 60 % de ceux-ci perçoivent que cela les a aidés. Il est à noter que même si le débriefing ne semble pas avoir aidé la totalité des policiers, 80 % des policiers ont précisé (voir tableau 6 de l'annexe I) qu'ils aimeraient recevoir un débriefing psychologique, advenant le cas où ils auraient à revivre un autre événement marquant. Malgré le fait que notre question se rapportait à un débriefing psychologique, il est possible que certains policiers aient répondu à la question en faisant référence à un débriefing opérationnel avec leur superviseur et leur équipe de travail.

6.1.6 Moyens permettant aux policiers d'être mieux préparés, mieux formés pour faire face à des événements traumatiques

À la question « *Comment est-ce que les policiers en général pourraient être mieux préparés, mieux formés pour faire face à ce genre de situations?* », la majorité des participants trouvent que les policiers peuvent, par divers moyens, être mieux préparés à des événements marquants (voir le tableau 11 de l'annexe I). Seulement 9 % ont indiqué « on ne peut pas être préparé ou formé pour ce genre de situations ». Parmi les moyens cités, 46 % des policiers aimeraient être « informés par un psychologue quant aux réactions possibles après un ÉT ou aux procédures qui s'en suivent » et 8 % aimeraient obtenir du « soutien auprès d'un psychologue après l'événement », ce qui dénote une ouverture d'esprit face à l'obtention d'aide de nature psychologique. Par ailleurs, 36 % des policiers indiquent qu'il serait utile « d'améliorer la qualité ou la durée de la formation reçue, d'encourager la formation continue et de pouvoir suivre davantage de cours portant sur divers aspects reliés au métier (p. ex., un cours sur la sécurité, le secourisme, la poursuite à haute vitesse, la maîtrise de foule, le cours "Street Survival", etc.) ». Trente-trois pour cent des policiers soutiennent que faire des « simulations, de la gestion de crise,

des jeux de rôle sur le terrain » sont d'autres façons d'être mieux préparés à un événement marquant.

6.2 DONNÉES QUANTITATIVES

6.2.1 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 moyennes ou de pourcentages avec les intervalles de confiance appropriés. Les relations non paramétriques descriptives n'impliquant que des variables nominales sont analysées à l'aide du Chi carré ou du test exact de Fisher. Les relations impliquant une variable dépendante paramétrique et une variable indépendante nominale sont analysées de la façon suivante : dans le cas d'analyses avec un seul facteur impliquant une variable indépendante dichotomique, le test de T de Student ou de T de Berhens-Fisher (degré de liberté de Welch) est utilisé selon qu'il y a homogénéité ou hétérogénéité des variances (test de Cochran). Avant toute analyse, les données sont étudiées pour connaître leur conformité aux modèles d'homoscédasticité (test de Cochran) et de normalité. Une transformation des variables est effectuée si nécessaire.

6.2.2 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 et le nombre d'années de scolarité seront analysés en tant que prédicteurs potentiels de l'ÉSPT.

Le tableau 12 présenté à l'annexe I donne de l'information concernant les données relatives au travail. Puisqu'il n'y a pas de différence significative sur ces données entre les policiers actifs et retraités de l'échantillon, les résultats de l'ensemble des policiers de l'étude sont regroupés. Les résultats dénotent que la majorité des policiers qualifient leur relation avec leurs confrères comme étant de « très bonne » à « excellente ». Par ailleurs, la plupart des policiers notent être « modérément » à « beaucoup » satisfaits du SPVM. Les grades des policiers sont divisés parmi les catégories suivantes : 1) « agent », cette catégorie comprend les agents, les constables, les seniors, les policiers à l'intervention tactique et ceux travaillant à l'identité; 2) « enquêteur », cette catégorie comprend les agents enquêteurs et les analystes aux crimes; 3) « sergent », cette catégorie comprend les sergents et les superviseurs incluant les superviseurs au SWAT; 4) « détective »; 5) « commandant-lieutenant »; 6) « lieutenant-détective »; et 7) « inspecteur-chef » (voir figures 3 et 4 à l'annexe I). Afin de comparer les grades entre les policiers actifs et retraités de l'étude, les catégories « agent » et « enquêteur » ont d'abord été regroupées. Nous avons ensuite comparé le pourcentage de policiers appartenant à ces catégories comparativement aux policiers appartenant aux autres catégories comprenant des échelons supérieurs. Près de 59 % des policiers actifs se classent dans la catégorie « agent » ou « enquêteur », alors que 50 % des policiers retraités ont fini leur carrière dans cette catégorie. Il n'y a pas de différence significative entre les policiers actifs et retraités au niveau de leur grade ($\chi^2(1, N = 132) = 0,79, p > 0,05$).

6.2.3 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 5 présentée à l'annexe I illustre les éléments qui font partie de l'ÉT vécu par les policiers. La majorité (62 %) des ÉT vécus par les policiers comprend une menace pour la vie du policier ou celle d'autrui (voir le tableau 13 de l'annexe I). 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 (voir le tableau 14 de l'annexe I). Par ailleurs, 42 % des policiers disent avoir eu recours à leur arme à feu, 10 % ont tiré des coups de feu, alors que 11 % des participants auraient eu recours à une autre arme lors de l'intervention.

Selon le critère diagnostique A de l'ÉSPT dans le DSM-IV-TR ICI, un événement considéré traumatique doit générer au moins une des trois émotions suivantes : 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 70 % des policiers suivi d'une réaction de peur intense pour 60 % d'entre eux. Peu de policiers (23 %) rapportent avoir vécu de l'horreur. Par ailleurs, l'équipe de recherche joint aux trois émotions spécifiées au critère A de l'ÉSPT dans le DSM-IV-TR trois autres émotions : la colère, la culpabilité et la honte. Dans notre étude, 4 % des participants n'ont pas fait l'expérience des 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 6 et le tableau 15 à l'annexe I illustrent la proportion de participants ayant ressenti chacune des six émotions lors de l'événement.

6.2.4 Impact de l'événement sur la santé physique et mentale

Afin de connaître l'impact d'un ÉT sur la santé physique et mentale des participants, le nombre de visites chez un professionnel de la santé dans l'année précédant et suivant l'événement marquant a été estimé. Les professionnels de la santé sont classés en trois catégories selon les services qu'ils offrent : soins médicaux (p. ex., les omnipraticiens, les urgentologues, les neurologues, les psychiatres, etc.), soins en santé mentale (p. ex., les psychologues, les psychothérapeutes, les travailleurs sociaux) et soins en médecine alternative. Le tableau 16 à l'annexe I présente les résultats des visites aux professionnels, tous professionnels de la santé confondus, avant et après l'ÉT. Les résultats des analyses indiquent que les participants ne consultent pas davantage les professionnels de la santé à la suite d'un ÉT. En effet, aucune différence significative n'a été observée entre la présence ou l'absence de consultations avant versus après l'ÉT ($\chi^2(1, N = 132) = 0,55, p > 0,05$). Toutefois, lorsque chaque professionnel est analysé séparément, il est possible de remarquer que davantage de policiers consultent un professionnel en santé mentale à la suite de l'ÉT (Binomiale, $p < 0,05$). Il n'y a pas de différence significative entre la présence ou l'absence des visites, avant et après l'événement, chez les professionnels paramédicaux ($\chi^2(1, N = 132) = 1,16, p > 0,05$) ou chez les professionnels en médecine alternative (Binomiale, $p > 0,05$).

Le tableau 17 à l'annexe I documente les conséquences de l'ÉT au niveau de la santé physique des policiers. Il est à noter que 15 % des policiers ont subi des douleurs ou des blessures physiques après l'événement. La sévérité (ou l'intensité) de ces douleurs ou blessures fut qualifiée pour la majorité des policiers (55 %) de « légère ». Neuf pour cent des policiers ont visité un médecin après l'événement.

6.2.5 Prévalence de l'ÉSA et de l'ÉSPT

Dans le premier mois suivant le trauma, 3 % des participants développent un état de stress aigu (ÉSA) clinique, tandis que 16 %, soit 21 sujets, présentent un ÉSA partiel³. Dans notre échantillon, les participants qui présentent un ÉSA partiel ne satisfont pas les critères de dissociation ($n = 15$), d'évitement ($n = 5$) ou d'hyperactivation ($n = 1$). Tous les participants présentant un ÉSA clinique développent par la suite soit un ÉSPT clinique ou partiel⁴. Parmi les participants, 7,6 % d'entre eux présentent un ÉSPT clinique en réponse à l'événement, 6,8 % ont un ÉSPT partiel et 28 % des policiers manifestent un ÉSPT sous-clinique⁵. Presque 5 % de l'échantillon ont déjà présenté un ÉSPT clinique avant l'ÉT au travail. Leur ÉSPT était en lien avec un événement en dehors du travail. Aucun des participants ne présente de diagnostic actuel d'un ÉSPT clinique au moment de l'entrevue.

Le tableau 18 à l'annexe I présente les diagnostics de l'ÉSA et de l'ÉSPT selon le genre des participants. Aucune femme policière ne satisfait les critères diagnostiques d'un ÉSA clinique ou d'un ÉSPT clinique ou partiel à la suite d'un ÉT au travail. Puisqu'aucune femme n'a reçu de diagnostic d'un ÉSPT clinique ou partiel à la suite d'un ÉT au travail, le genre ne sera pas pris en compte en tant que prédicteur potentiel de l'ÉSPT. Par ailleurs, au moment de l'étude, aucune femme ne satisfait les critères d'un ÉSPT partiel ou clinique. Cependant, la proportion de femmes ayant eu un ÉSPT clinique ou partiel en lien avec un traumatisme avant l'ÉT au travail est supérieure à celle des hommes.

6.2.6 Description des principaux prédicteurs

Le tableau 19 (voir ci-dessous) présente la description, le pourcentage, la moyenne normée et l'intervalle de confiance des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT pris en compte dans l'étude. Les questionnaires ont tous été standardisés, c'est-à-dire que les résultats de chaque échelle ou sous-échelle ont tous été ramenés sur une échelle de 0 à 10, où un score élevé indique davantage d'items endossés sur l'échelle ou la sous-échelle du questionnaire. Cette procédure a été employée afin de mieux comparer les variations sur les diverses échelles et sous-échelles des questionnaires.

³ Un diagnostic d'un ÉSA partiel s'applique lorsque les sujets remplissent toutes les sections, sauf une, des critères diagnostiques de l'ÉSA tel que défini par le DSM-IV [7].

⁴ 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].

⁵ Un diagnostic d'un ÉSPT sous-clinique s'applique 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].

*Description des principaux prédicteurs***Tableau 19 - Description des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT**

Facteurs pré-traumatiques	%	M
ÉSPT avant l'ÉT au travail		
Diagnostic clinique (<i>n</i> = 6)	4,5	
Diagnostic partiel (<i>n</i> = 8)	6,1	
Diagnostic clinique de troubles psychiatriques passés		
Trouble dépressif majeur (<i>n</i> = 10)	7,6	
Troubles anxieux (incluant ÉSPT) (<i>n</i> = 16)	12,1	
Abus/dépendance à l'alcool ou à d'autres substances (<i>n</i> = 9)	6,8	
Présence de troubles psychiatriques passés (<i>n</i> = 26)	19,7	
Présence de troubles psychiatriques chez un ou plusieurs membres de la famille (<i>n</i> = 32)	24,2	
Âge au moment du trauma		29
Nombre d'années d'expérience en tant que policier au moment de l'ÉT		7,3
Nombre d'événements stressants survenus en dehors du travail	2,6	
Présence d'événements traumatiques survenus en dehors du travail (<i>n</i> = 51)	38,6	
Échelle de croyances		
Monde bienveillant		7,3
Monde juste et logique		4,9
Valeur personnelle		7,3
Score total		6,4
Personnalité résistante au stress		
Engagement		7,98
Défi		6,5
Contrôle		6,98
Score total		7,2
Stratégies de gestion du stress		
Tâche		7,1
Émotion		3,5
Évitement		4,1
Distraction		3,2
Diversions sociale		5,3

Facteurs péri-traumatiques	%	<i>M</i>
Sévérité de l'événement		4,8
Échelle des réactions physiques initiales		1,6
Échelle des réactions émotionnelles initiales		3,3
Dissociation		1,5
Présence d'effroi (<i>n</i> = 27)	20,5	
Perception du soutien social positif reçu		
Confrères		6,3
Superviseur		4,1
Facteurs post-traumatiques	%	<i>M</i>
Perception du soutien social positif reçu par un proche		5,3
Perception des interactions sociales négatives avec un proche		
Critiques		0,9
Évitement		0,9
Score total		0,9
Perception du soutien social positif reçu		
Confrères		4,9
Superviseur		3,1

% = pourcentage; *M* = moyenne

6.2.7 Résultats obtenus concernant les facteurs pré-traumatiques

Les résultats aux questionnaires et à l'entrevue semi-structurée portant sur les facteurs pré-traumatiques indiquent que près de 20 % des policiers de l'étude ont déjà présenté dans le passé un trouble mental (voir tableau 19). Parmi l'ensemble des troubles mentaux évalués, les troubles anxieux sont les plus prévalents chez les participants. Les policiers ont vécu un ÉT alors qu'ils étaient relativement jeunes en âge ($M = 29$) et jeunes en termes d'années d'expérience ($M = 7,3$). De plus, près de 39 % rapportent avoir déjà vécu au moins un ÉT en dehors du travail. En termes de convictions, les policiers endossent surtout la croyance que le monde est bienveillant et qu'ils ont de la valeur personnelle. Au niveau des sous-échelles de la personnalité résistante au stress, les policiers obtiennent des résultats plus élevés en ce qui a trait à l'engagement, soit la tendance à s'impliquer activement et à s'engager dans les activités que ce soit au travail ou à l'extérieur du travail. En ce qui concerne les stratégies de gestion du stress, les policiers utilisent majoritairement des stratégies efficaces centrées sur la tâche ou le problème, plutôt que sur les émotions ou la distraction.

6.2.8 Résultats obtenus concernant les facteurs péri-traumatiques

Les résultats aux questionnaires portant sur les facteurs péri-traumatiques indiquent que la sévérité de l'événement rapportée serait modérée avec un score moyen de 4,8 sur une échelle de 10 (voir tableau 19). Les scores moyens aux questionnaires portant sur les réactions dissociatives, émotionnelles et physiques lors de l'événement sont faibles. En fait, 16 % des participants n'ont vécu aucune réaction de dissociation, alors qu'environ 10 % n'ont vécu aucune réaction physique lors de l'événement. La majorité des policiers ont vécu des réactions dissociatives, émotionnelles ou physiques, mais l'intensité de celles-ci demeure peu élevée. Il est difficile de savoir si le faible score obtenu aux questionnaires mesurant ces réactions est caractéristique d'une population policière entraînée à être confrontée à des événements majeurs. En effet, il n'existe actuellement pas de données normatives avec lesquelles il est possible de comparer le score obtenu par les policiers. Environ 1 participant sur 5 aurait vécu de l'effroi lors de l'événement. Les policiers rapportent avoir reçu, pendant l'événement, davantage de soutien social positif par leurs confrères que par leurs superviseurs ($t(131) = 8,13, p < 0,001$).

6.2.9 Résultats obtenus concernant les facteurs post-traumatiques

Les résultats aux questionnaires portant sur les facteurs post-traumatiques indiquent que les policiers mentionnent avoir eu peu d'interactions sociales négatives de la part de leurs proches après l'événement et davantage de soutien positif (voir tableau 19). Au total, 44 % des participants indiquent ne jamais avoir reçu de comportements sociaux négatifs sous forme de critique ou d'évitement de la part d'un proche. Au travail, après l'événement, les participants indiquent avoir obtenu davantage de soutien social positif de la part de leurs confrères que de leurs superviseurs ($t(131) = 7,95, p < 0,001$). Par ailleurs, les participants rapportent avoir obtenu au travail davantage de soutien social positif péri-traumatique (c.-à-d. pendant l'événement) que post-traumatique (c.-à-d. après l'événement) ($t(131) = 6,75, p < 0,001$).

6.3 DONNÉES PRÉVISIONNELLES

6.3.1 Prédiction des symptômes de l'ÉSPT

Puisqu'il n'y a pas suffisamment de participants présentant un ÉSPT d'intensité clinique, les analyses subséquentes nécessitent de dichotomiser les participants. Le groupe symptomatique inclut les participants présentant un ÉSPT clinique (7,6 %) ou partiel (6,8 %) et le groupe asymptomatique inclut les participants ne présentant aucun symptôme ou des symptômes en nombre insuffisant pour remplir les conditions d'un ÉSPT clinique ou partiel. Les policiers souffrant d'un ÉSPT clinique ou partiel ne se différencient pas de façon significative entre eux quant à la sévérité de l'événement ($t(17) = 0,34, p > 0,05$), au nombre total de troubles psychiatriques actuels ($t(17) = -1,0, p > 0,05$) et de troubles psychiatriques passés ($t(17) = -1,28, p > 0,05$) et aux données sociodémographiques, soit l'âge au moment de l'entrevue ($t(17) = -2,05, p > 0,05$), l'âge au moment du trauma ($t(17) = 1,75, p > 0,05$), le niveau d'éducation ($t(17) = 1,0, p > 0,05$), le statut au travail (Fisher, $p > 0,05$) et le nombre d'enfants ($t(17) = 0,31, p > 0,05$). Par ailleurs, aucune femme ne présentait un diagnostic clinique ou partiel d'un ÉSPT. Tous les policiers présentant un ÉSPT clinique ou partiel étaient regroupés dans la même catégorie au niveau du statut civil (c.-à-d. la catégorie « marié ou union de fait ». De plus, il n'y a aucune différence significative sur les données sociodémographiques entre le groupe symptomatique et asymptomatique quant à l'âge au moment de l'entrevue ($t(130) = -1,86, p > 0,05$), l'âge au moment du trauma ($t(130) = -0,92, p > 0,05$), le niveau d'éducation ($t(130) = 0,88, p > 0,05$), le statut au travail ($\chi^2(1, N = 132) = 0,66, p > 0,05$) et le statut civil (Fisher, $p > 0,05$). Toutefois, les policiers du groupe symptomatique ont significativement plus d'enfants ($t(130) = -2,12, p < 0,05$).

Les tableaux 20, 21a, 21b, 22 et 23 (voir ci-dessous) présentent les matrices de corrélation entre les diverses variables sociodémographiques, les facteurs prévisionnels au niveau pré-traumatique, péri-traumatique et post-traumatique et l'ÉSPT (clinique et partiel).

Matrices de corrélation entre les diverses variables sociodémographiques, les facteurs prévisionnels au niveau pré-traumatique, péri-traumatique et post-traumatique et l'ÉSPT

Tableau 20 - Corrélations de Pearson des données sociodémographiques et de l'ÉSPT

	ÉSPT	Genre	Age au moment de l'étude	Statut civil	Nombre d'enfants	Nombre d'années de scolarité ou d'études	Durée du service des policiers actifs	Durée du service des policiers retraités
ÉSPT								
Genre	-,17							
Âge au moment de l'étude	,12	-,47**						
Statut civil	-,16	,42**	-,26**					
Nombre d'enfants	,15	-,39**	,64**	-,37**				
Nombre d'années de scolarité ou d'études	-,08	,26**	-,48**	,09	-,33**			
Durée du service des policiers actifs	,30**	-,45**	,96**	-,31**	,58**	-,19		
Durée du service des policiers retraités	-,27	.a	,21	-,13	,18	,12	.a	

** La corrélation est significative à 0,01. a Non applicable

Tableau 21a - Corrélations de Pearson des facteurs pré-traumatiques et de l'ÉSPT (n = 132)

	ÉSPT	Diagnostic clinique ou partiel d'un ÉSPT avant le trauma au travail	Diagnostic clinique de troubles psychiatriques passés	Échelle de croyances : Monde bienveillant	Échelle de croyances : Monde juste et logique	Échelle de croyances : valeur personnelle	Échelle de croyances : score total	Personnalité résistante au stress : engagement	Personnalité résistante au stress : défi	Personnalité résistante au stress : contrôle	Personnalité résistante au stress : score total
ÉSPT											
Diagnostic clinique ou partiel d'un ÉSPT avant le trauma au travail		-,07									
Diagnostic clinique de troubles psychiatriques passés		,01	,39**								
Échelle de croyances : Monde bienveillant		-,07	-,31**	-,27**							
Échelle de croyances : Monde juste et logique		,06	-,09	,15	,06						
Échelle de croyances : valeur personnelle		-,01	-,12	-,25**	,28**	-,02					

	ÉSPT	Diagnostic clinique ou partiel d'un ÉSPT avant le trauma au travail	Diagnostic clinique de troubles psychiatriques passés	Échelle de croyances : Monde bienveillant	Échelle de croyances : Monde juste et logique	Échelle de croyances : valeur personnelle	Échelle de croyances : score total	Personnalité résistante au stress : engagement	Personnalité résistante au stress : défi	Personnalité résistante au stress : contrôle	Personnalité résistante au stress : score total
Échelle de croyances : score total	,01	-,24**	-,14	,58**	,67**	,62**					
Personnalité résistante au stress : engagement	-,03	-,08	-,06	,38**	,02	,34**	,34**				
Personnalité résistante au stress : défi	-,23**	,04	-,25**	,24**	-,14	,17	,09	,24**			
Personnalité résistante au stress : contrôle	-,00	-,17	-,14	,31**	,22*	,22*	,38**	,41**	,16		
Personnalité résistante au stress : score total	-,15	-,07	-,23**	,42**	,01	,33**	,34**	,72**	,76**	,65**	

** La corrélation est significative à 0,01.

* La corrélation est significative à 0,05.

Tableau 21b - Corrélations de Pearson des facteurs pré-traumatiques et de l'ÉSPT (n = 132)

	ÉSPT	Stratégies de gestion du stress : tâche	Stratégies de gestion du stress : émotion	Stratégies de gestion du stress : évitement	Nombre d'événements stressants survenus en dehors du travail	Présence d'événements traumatiques survenus en dehors du travail	Présence de troubles psychiatriques chez un ou plusieurs membres de la famille	Age au moment du trauma	Nombre d'années d'expérience lors du trauma
ÉSPT									
Stratégies de gestion du stress : tâche	-,12								
Stratégies de gestion du stress : émotion	,05	-,24**							
Stratégies de gestion du stress : évitement	-,12	,21*	,30**						
Nombre d'événements stressants survenus en dehors du travail	-,06	,02	-,01	,04					
Présence d'événements traumatiques survenus en dehors du travail	-,10	,00	-,02	-,01	,45**				
Présence de troubles psychiatriques chez un ou plusieurs membres de la famille	-,03	,05	,13	,10	,08	,10			
Age au moment du trauma	,08	-,11	-,13	-,15	,12	-,06	-,07		
Nombre d'années d'expérience lors du trauma	,12	-,12	-,12	-,17	,04	-,09	-,04	,90**	

** La corrélation est significative à 0,01.

* La corrélation est significative à 0,05.

Tableau 22 - Corrélations de Pearson des facteurs péri-traumatiques et de l'ÉSPT (n = 132)

	ÉSPT	Sévérité de l'événement	Échelles des réactions physiques initiales	Échelle des réactions émotionnelles initiales	Dissociation	Présence d'effroi	Perception du soutien social positif reçu : confrères	Perception du soutien social positif reçu : superviseur
ÉSPT								
Sévérité de l'événement	,03							
Échelle des réactions physiques initiales	,21*	,30**						
Échelle des réactions émotionnelles initiales	,30**	,23**	,42**					
Dissociation	,52**	,08	,29**	,52**				
Présence d'effroi	,11	-,02	,06	,14	,33**			
Perception du soutien social positif reçu : confrères	-,31**	,13	,01	-,12	-,19*	-,14		
Perception du soutien social positif reçu : superviseur	-,13	,08	-,09	-,18*	-,15	-,14	,56**	

* La corrélation est significative à 0,05.

** La corrélation est significative à 0,01.

Tableau 23 - Corrélations de Pearson des facteurs post-traumatiques et de l'ÉSPT (n = 132)

	ÉSPT	Perception du soutien social positif reçu par un proche	Perception des interactions sociales négatives avec un proche	Perception du soutien social positif reçu : confrères	Perception du soutien social positif reçu : superviseur
ÉSPT					
Perception du soutien social positif reçu par un proche	,11				
Perception des interactions sociales négatives avec un proche	,08	-,22*			
Perception du soutien social positif reçu : confrères	-,25**	,12	-,10		
Perception du soutien social positif reçu : superviseur	-,06	,14	-,12	,66**	

** La corrélation est significative à 0,01.

* La corrélation est significative à 0,05.

L'analyse des données concernant les prédicteurs de l'ÉSPT s'effectue en deux étapes. La première étape consiste à effectuer des régressions simples avec tous les facteurs prévisionnels inclus dans l'étude, afin de sélectionner ceux qui sont les plus fortement associés avec l'ÉSPT clinique et partiel. Avant d'effectuer les régressions simples, il a été déterminé pour chaque facteur si le score total ou les scores obtenus aux sous-échelles allaient être utilisés. Pour ce faire, des tests-t sur le score total et sur les scores à chacune des sous-échelles ont été effectués et les caractéristiques les plus significativement associées à l'ÉSPT pour notre modèle ont été conservées. Les ratios de cotes (RC) et les intervalles de confiance (IC) de tous les facteurs prévisionnels en association avec l'ÉSPT clinique et partiel sont présentés dans le tableau 24 présenté ci-dessous. Les données provenant des régressions simples indiquent que l'ÉSPT clinique et partiel se trouve associé à des facteurs pré-traumatiques (la personnalité résistante au stress), péri-traumatiques (le soutien social de la part des collègues durant l'événement, la dissociation, les réactions physiques et émotionnelles) et post-traumatiques (le soutien social de la part des collègues après l'événement).

Pour examiner la contribution relative de ces six facteurs, une régression logistique multiple ascendante est exécutée dans la deuxième étape, en incluant seulement les facteurs statistiquement significatifs dans la première étape. Les facteurs ont été entrés en ordre chronologique, donnant ainsi priorité aux facteurs pré-traumatiques, puis à ceux au niveau péri-traumatique et enfin aux facteurs post-traumatiques. Le modèle final identifie les facteurs de risque et de protection au niveau péri-traumatique (la dissociation et le soutien social pendant ou immédiatement après l'événement) comme étant les prédicteurs les plus puissants. Pour les régressions multiples, seuls les ratios de cotes et les intervalles de confiance significatifs ($p < 0,05$) sont présentés dans le tableau 24. Les ratios de cotes indiquent que les policiers qui ont dissocié durant ou immédiatement après l'événement ont 2,2 fois plus de chance de développer un ÉSPT clinique ou partiel en comparaison avec les policiers qui n'ont pas vécu de dissociation péri-traumatique. De plus, les policiers qui ont reçu du soutien de la part de leurs pairs durant ou immédiatement après l'événement sont 0,8 fois moins susceptibles de développer un ÉSPT clinique ou partiel.

Des régressions multiples ascendantes à l'intérieur de chaque catégorie de prédicteurs (c.-à-d. les données sociodémographiques, les facteurs pré-, péri- et post-traumatiques) sont également effectuées (voir le tableau 24). Quatre facteurs significatifs émergent des analyses (la personnalité résistante au stress, la dissociation ainsi que le soutien social de la part des confrères pendant et après l'événement). Pour ces quatre facteurs, les ratios de cotes et les intervalles de confiance sont présentés dans le tableau 24. Une régression ascendante avec ces quatre facteurs donne les mêmes résultats que la régression effectuée lors de la deuxième étape, telle que décrite précédemment. En effet, la dissociation et le soutien social péri-traumatique sont les prédicteurs les plus puissants de la modulation des symptômes post-traumatiques.

Tableau 24 - Relation entre les prédicteurs et la présence de l'ÉSPT clinique et partiel (n = 132)

Prédicteurs	Régressions simples	Régressions multiples	
		Régressions ascendantes à l'intérieur de chaque catégorie de prédicteurs	Régression ascendante
	RC	RC ajusté	RC ajusté
Données sociodémographiques			
Genre *			
Âge au moment de l'étude	1,0		
Nombre d'années de scolarité ou d'études	0,9		
Facteurs pré-traumatiques			
ÉSPT avant l'ÉT au travail			
Diagnostic clinique * (n = 6)			
Diagnostic partiel (n = 8)	2,3		
Présence de troubles psychiatriques passés	0,9		
Présence de troubles psychiatriques chez un ou plusieurs membres de la famille	1,2		
Âge au moment du trauma	1,0		
Nombre d'années d'expérience en tant que policier au moment de l'ÉT	1,0		
Nombre d'événements stressants survenus en dehors du travail	0,95		
Présence d'événements traumatiques survenus en dehors du travail	1,9		
Échelle de croyances, score total (monde bienveillant, monde juste et logique et valeur personnelle)	1,0		
Personnalité résistante au stress, sous-échelle mesurant le défi	0,7	0,7	
Stratégies de gestion du stress			
Tâche	0,8		
Émotion	1,1		
Évitement	0,8		

Prédicteurs	Régressions simples	Régressions multiples	
		Régressions ascendantes à l'intérieur de chaque catégorie de prédicteurs	Régression ascendante
	RC	RC ajusté	RC ajusté
Facteurs péri-traumatiques			
Sévérité de l'événement	1,1		
Échelle des réactions physiques initiales	1,5		
Échelle des réactions émotionnelles initiales	1,6		
Dissociation	2,3	2,2	2,2
Présence d'effroi (<i>n</i> = 27)	0,5		
Perception du soutien social positif reçu			
Confrères	0,8	0,8	0,8
Superviseur	0,9		
Facteurs post-traumatiques			
Perception du soutien social positif reçu par un proche	1,1		
Perception des interactions sociales négatives avec un proche	1,2		
Perception du soutien social positif reçu			
Confrères	0,8	0,8	
Superviseur	0,95		

RC = ratios de cotes; IC = intervalle de confiance à 95 %

Note. Les ratios de cotes significatifs situés en dessous de 1 sont des facteurs de protection tandis que ceux situés au-dessus de 1 sont des facteurs de risque. * Puisqu'aucun des sujets présentant un ÉSPT clinique ou partiel n'était de genre féminin et qu'aucun des participants n'a eu de diagnostic de l'ÉSPT antérieur, ces données n'ont pas été entrées dans les régressions simples et multiples.

7. POLICIERS NON IMPLIQUÉS DANS UN ÉT

7.1 Description des policiers non impliqués dans un ÉT

Les données des policiers impliqués (PI) dans un ÉT au travail ($n = 132$) ont été comparées à celles obtenues chez les policiers non impliqués (PNI) dans un ÉT au travail ($n = 27$).

Au niveau des données sociodémographiques, il n'y a aucune différence significative entre les PI et les PNI quant à l'âge au moment de l'étude ($t(157) = 0,21, p > 0,05$), le genre (Fisher, $p > 0,05$), l'éducation ($t(157) = 0,99, p > 0,05$), le nombre d'enfants ($t(157) = 0,77, p > 0,05$), le statut professionnel (retraité ou actif) ($\chi^2(1, N = 159) = 0,22, p > 0,05$), le statut civil (Fisher, $p > 0,05$), le nombre d'années d'expérience dans la police en tant que policier retraité ($t(45) = 0,50, p > 0,05$), ou actif ($t(110) = -0,58, p > 0,05$), et le nombre d'heures de travail par semaine ($t(108) = 1,10, p > 0,05$) (voir les tableaux 1 et 2 de l'annexe I).

Les figures 7 et 8 de l'annexe I représentent la distribution des grades des PNI. Parmi les policiers actifs au sein des PNI, 61 % se classent dans la catégorie « agent » ou « enquêteur », alors que chez les policiers actifs au sein des PI, 59 % appartiennent à cette catégorie. Il n'y a pas de différence significative entre les grades des PI et PNI qui travaillent comme policier actuellement ($\chi^2(1, N = 132) = 0,42, p > 0,05$). Parmi les policiers retraités au sein des PNI, 33 % ont fini leur carrière en tant qu'« agent » ou « enquêteur », alors que chez les policiers retraités au sein des PI, 50 % ont terminé leur carrière en appartenant à cette catégorie. Il n'y a aucune différence significative dans la répartition des grades entre les PI et les PNI retraités (Fisher, $p > 0,05$).

Les PNI ont rempli les mêmes questionnaires autoadministrés que les PI. Il n'y a aucune différence significative entre les PI et les PNI quant aux résultats obtenus sur les questionnaires mesurant les croyances personnelles, la personnalité résistante au stress et les stratégies de gestion du stress (voir le tableau 25 de l'annexe I pour les tests et les seuils de signification). Nous avons ensuite comparé le nombre d'événements stressants survenus en dehors du travail chez les PNI et les PI. Pour ce dernier groupe, nous avons inclus les événements stressants survenus avant et après l'ÉT. Il n'y a aucune différence significative entre les PI et les PNI à ce niveau. Par ailleurs, il n'y a aucune différence significative quant à la présence des ÉT survenus en dehors du travail entre les PI et les PNI (voir le tableau 25 de l'annexe I). Les résultats des PNI au niveau de la perception du soutien social positif et des interactions sociales négatives avec un proche ne sont pas comparés aux résultats obtenus par les PI puisque le questionnaire faisait référence à une période de temps différente pour les PI et les PNI.

Le tableau 26 de l'annexe I compare la présence de troubles psychiatriques chez les PI et les PNI. Les diagnostics des ÉSPT présentés dans le tableau ne sont pas en lien avec l'ÉT vécu au travail par les PI. Les diagnostics des ÉSPT peuvent être en réponse à un événement vécu à l'extérieur du travail ou à tout autre événement marquant vécu qui n'était pas l'objet de l'étude. Il n'y a aucune différence significative entre les PI et les PNI quant aux diagnostics des ÉSPT clinique et partiel au moment de l'étude. Pour les diagnostics passés d'un ÉSPT, nous pouvons observer qu'il y a plus d'ÉSPT clinique et partiel chez les PI comparativement aux PNI, mais cette différence n'est pas significative (Fisher, $p > 0,05$). Il n'y a aucune différence significative

entre les PI et les PNI quant aux autres diagnostics cliniques de troubles psychiatriques (p. ex., trouble dépressif majeur, troubles anxieux, abus et dépendance à l'alcool ou à d'autres substances) (voir le tableau 26 pour les tests et les seuils de signification). Au niveau des symptômes dépressifs, il n'y a aucune différence significative entre les PI et les PNI. Toutefois, il existe davantage de troubles psychiatriques chez un ou plusieurs membres de famille des PI comparativement aux PNI ($\chi^2(1, N = 159) = 5,75, p < 0,05$).

Le tableau 27 de l'annexe I présente les données pour les PNI quant au nombre de visites chez un professionnel de la santé physique ou mentale au cours de la dernière année. Ces données ne peuvent pas être comparées à celles des PI puisque la période de temps est différente pour les deux groupes.

Les PNI ont également complété une entrevue maison dans laquelle ils ont répondu à des questions portant sur la perception qu'ils ont des policiers qui vivent des ÉT au travail. Parmi une liste de services possibles, ils devaient choisir ceux que les policiers aimeraient recevoir après un ÉT (voir tableau 28). Les PNI indiquent que les PI aimeraient recevoir la majorité des services énumérés dans la liste. Ils perçoivent que les PI auraient surtout besoin du soutien des collègues, du superviseur, de la famille ou encore se faire conseiller par un confrère qui a vécu la même chose. Ils sont plus hésitants en ce qui concerne le réaménagement des tâches de travail. Ils indiquent que le réaménagement des tâches doit se faire en consultant le policier et selon ses besoins (voir tableau 29). Toujours selon la perception des PNI à l'égard des PI ayant vécu un ÉT, la durée du congé de maladie devrait être déterminée selon la situation vécue et les besoins du policier (voir tableau 30). L'ensemble de ces résultats est similaire à ce qu'indiquent les PI lors de l'entrevue maison. Ainsi, les PNI semblent avoir une perception juste des besoins des PI en termes de services.

Nous avons demandé aux PNI ce qui aide, selon eux, les policiers à bien récupérer après un ÉT. Ils mentionnent que d'obtenir du soutien, en parler et rencontrer un professionnel (p. ex., un psychologue) peut aider les policiers à se remettre d'un ÉT (voir tableau 31). Au tableau 32, les PNI mentionnent les moyens qu'ils croient utiles afin de permettre aux PI d'être mieux préparés et outillés à faire face à un ÉT. Majoritairement, ils précisent que la formation devrait être augmentée en durée. Ils suggèrent de faire des simulations, d'avoir une bonne préparation mentale ou encore que les policiers obtiennent des informations de la part de psychologues sur la gestion du stress ou les réactions post-trauma, par exemple. Ils indiquent également qu'il serait utile que les policiers d'expérience fassent du « coaching » aux nouveaux policiers. L'ensemble de ces résultats est semblable à ceux indiqués par les PI.

Finalement, les PNI doivent indiquer les réactions possibles que peuvent vivre les PI après un ÉT. Presque 50 % mentionnent que les PI peuvent vivre des symptômes dépressifs et anxieux (voir tableau 33). Certains précisent qu'il peut y avoir davantage d'irritabilité et de colère, ou encore une remise en question, une perte de confiance, des réactions de honte, de culpabilité et de blâme envers soi-même. Presque 30 % des PNI exposent qu'un ÉT peut entraîner des répercussions négatives au niveau professionnel. Ces résultats dénotent que les PNI ont une bonne idée des types de réactions possibles après un ÉT et des conséquences néfastes de celles-ci au niveau du travail.

8. DISCUSSION

8.1 DONNÉES QUANTITATIVES

Parmi l'ensemble des policiers évalués, 84 % ont vécu un ÉT dans le cadre de leurs fonctions. Parmi ceux exposés à un ÉT au travail, 7,6 % d'entre eux ont souffert d'un ÉSPT clinique. Cette estimation est similaire aux résultats obtenus par Stephens et Miller [32] et Carlier et coll. [37] qui constatent que 7 % des policiers provenant de la Nouvelle-Zélande et de la Hollande présentaient un ÉSPT. L'étude de Kessler et coll. [9] indique que la prévalence à vie dans la population générale est estimée à 6,8 %. Malgré le fait que les policiers affrontent des ÉT de façon répétée, ils ne manifestent pas un taux d'ÉSPT plus élevé que les autres membres de la communauté. Il est possible d'envisager que les policiers provenant de notre échantillon 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 [92]. 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 [91, 117]. De plus, ils accumulent une expérience quotidienne dans plusieurs situations hostiles [91]. Un phénomène d'autosélection 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 [37]. 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 les policiers de notre étude, depuis 1990, ceux-ci ont accès au PAPP (un programme d'aide aux policiers et policières 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 policiers à l'ÉSPT et aux réactions possibles 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 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 de d'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 [22, 25, 26]. Il est intéressant de noter que dans notre échantillon aucune femme policière ne satisfaisait les critères diagnostiques d'un ÉSA clinique ou d'un ÉSPT partiel ou clinique après l'ÉT. De plus, au moment de l'étude, aucune femme ne satisfaisait les critères d'un ÉSPT partiel ou clinique. Cependant, l'étude indique que davantage

de femmes ont présenté un diagnostic d'un ÉSPT clinique ou partiel en lien avec un traumatisme survenu avant l'ÉT au travail. 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 [28-30]. 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 [74, 75, 105]. L'étude de Harvey & Bryant [105] a signalé que 63 % des individus souffrant d'un ÉSA clinique développeraient ultérieurement un ÉSPT. Dans notre étude, 100 % des participants présentant un ÉSA clinique ont développé un ÉSPT clinique ou partiel subséquemment. L'ÉSA semble être un des précurseurs du développement de l'ÉSPT. Ainsi, le fait d'avoir un ÉSA est un facteur important à considérer lors du dépistage des policiers à haut risque de développer un ÉSPT et lors du suivi à mettre en place pour offrir des services à ces individus. Toutefois, il convient de spécifier que dans notre étude la majorité (79 %) des individus qui développent un ÉSPT n'avait pas un ÉSA précédemment. Seulement 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. Ainsi, il semble que l'ÉSA a davantage de pouvoir prédictif négatif (c.-à-d. la probabilité de ne pas développer un ÉSPT quand l'ÉSA est absent) que de pouvoir prédictif positif (c.-à-d. la probabilité de développer un ÉSPT quand l'ÉSA est présent).

8.2 DONNÉES PRÉVISIONNELLES

8.2.1 Prédicteurs de l'ÉSPT

Notre première hypothèse est partiellement vérifiée. Les résultats 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, les réactions physiques et émotionnelles, la dissociation et le soutien social positif de la part des confrères durant l'événement étaient significativement associés à l'ÉSPT.

Qui plus est, la dissociation péri-traumatique et le soutien social positif 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 d'études précédentes où les prédicteurs péri-traumatiques figurent parmi les meilleurs prédicteurs de l'ÉSPT [46, 47, 56, 72]. Par contre, la sévérité de l'événement ne semble pas être un prédicteur significatif. Dans notre étude, 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. 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. 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 [63, 128, 129]. 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 [19]. En effet, la méta-analyse de Brewin et coll. [72] 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.

La troisième hypothèse voulant que les prédicteurs post-traumatiques, plus précisément le soutien social après l'événement, seraient associés négativement à l'ÉSPT a été partiellement confirmée puisqu'il a été identifié que le soutien social positif de la part des confrères est significativement associé de façon négative à l'ÉSPT. Toutefois, le soutien social positif ou les interactions sociales négatives avec un proche ne sont pas significativement associés à l'ÉSPT. Quant à l'impact des facteurs de protection pré-traumatiques, 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 [130-132].

D'autres facteurs (c.-à-d. l'âge au moment de l'étude et lors du trauma, le nombre d'années de scolarité, le nombre d'années d'expérience dans la police, les croyances personnelles face au monde et à sa valeur, les stratégies de gestion du stress 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'un ÉSPT passé et des événements stressants et traumatiques survenus en dehors du travail et 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 [56] et de Brewin et ses collaborateurs [72] qui indiquent que l'ampleur de la taille de l'effet des facteurs pré-traumatiques est faible.

Dans l'ensemble, les données obtenues dans notre étude qui sont significatives confirment les résultats provenant des écrits dans le domaine et portant sur les prédicteurs de l'ÉSPT. De surcroît, les meilleurs prédicteurs de l'ÉSPT chez les policiers ont pu être identifiés ce sont la dissociation et le soutien social durant l'événement.

8.2.2 Dissociation

La dissociation péri-traumatique ressort comme le plus puissant prédicteur de l'ÉSPT dans notre étude. Ces résultats appuient ceux de recherches précédentes auprès de policiers [39, 40, 43, 70] et auprès de différentes populations victimes de trauma [46, 53, 63, 133]. Ce résultat est aussi cohérent avec les données provenant de la méta-analyse d'Ozer et coll. [56], qui a identifié la dissociation péri-traumatique comme étant le prédicteur le plus robuste concernant le développement de l'ÉSPT avec une taille de l'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 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. [56]. Tout comme dans leur étude, ce prédicteur s'avère d'une grande importance dans la nôtre.

De plus, conformément aux études précédentes [46, 47], il a été observé que les réactions péri-traumatiques (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. [47] 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 [47]. D'autres études ont suggéré que les états d'hyperactivation physiologique pourraient induire la dissociation [134-136]. 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 a 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.

8.2.3 Soutien social

L'environnement de rétablissement suite au 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 beaucoup d'attention de la communauté scientifique récemment. Les résultats de notre étude suggèrent que les perceptions de soutien social positif de la part des confrères, 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 des prédicteurs les plus importants. 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 est un prédicteur important [103, 137]. Nos résultats sont également compatibles avec ceux de la méta-analyse d'Ozer et coll. [56] qui indique que la perception de soutien social positif est un des prédicteurs les plus importants avec une taille de l'effet de -0,28, soit l'équivalent d'un pourcentage de la variance expliquée de 7,84 %. Dans notre étude, le soutien social péri-traumatique provenant des confrères explique 8 % de la variance. Cet estimé de la variance pour le soutien péri-traumatique est similaire à celui obtenu dans la méta-analyse d'Ozer et coll. [56] pour le soutien au niveau post-traumatique. 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 [37, 77].

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 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. Le modèle à la figure 9 (voir à l'annexe 1) incorpore à la fois les prédicteurs péri-traumatiques significatifs de notre étude (soit la dissociation et le soutien social) et les réactions péri-traumatiques associées avec l'ÉSPT (soit les réactions physiques et émotionnelles).

Contrairement à nos hypothèses, les perceptions de soutien social positif ou les interactions sociales négatives avec des proches n'étaient pas des prédicteurs significatifs. 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, conjoint, membre de la famille ou 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 autre que les conjoints. De surcroît, certains policiers ont rapporté que malgré le fait qu'ils avaient identifié leurs conjoints 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. Puisque le soutien social de la part des superviseurs pendant et après l'événement a été évalué à l'aide de deux questions distinctes seulement, il est possible que le questionnaire maison qui a été développé soit trop limité pour évaluer ce construit complexe. Cette étude a également mesuré le soutien social de façon rétrospective à l'aide de questionnaires autoadministrés, ce qui pourrait contribuer à des biais de rappel.

8.3 DONNÉES QUALITATIVES

Les policiers de l'étude ont recours à divers moyens et stratégies d'adaptation pour faire face à un événement critique au travail. Il convient de rester prudent dans l'interprétation des données suivantes puisque celles-ci sont de nature qualitative, reflètent la perception des policiers et sont donc subjectives.

8.3.1 Stratégies ayant le plus aidé les policiers

Il est intéressant de constater que les policiers désignent en grande partie, parmi les stratégies les ayant le plus aidés à passer au travers de l'événement stressant, des stratégies se rapportant aux facteurs de protection reconnus actuellement dans la littérature portant sur la prévention de l'ÉSPT. En effet, ils indiquent que de parler de l'ÉT et d'obtenir le soutien d'autrui sont des aspects qui les aident particulièrement après un ÉT. Cette constatation appuie les données

provenant des études empiriques qui positionnent le soutien social comme un des facteurs de protection permettant une meilleure adaptation à la suite d'un ÉT. Certains policiers mentionnent également que d'avoir une attitude positive, être optimiste et utiliser l'humour les aide à mieux récupérer. Une des caractéristiques de la personnalité résiliente ou résistante au stress est justement l'optimisme. La personnalité résiliente semble être un facteur qui facilite l'adaptation après des événements stressants. Certains policiers soulignent que le sentiment d'avoir fait du bon travail lors de l'événement et d'avoir confiance en soi les a appuyés. Cela n'est pas sans rappeler le concept du sentiment d'efficacité personnelle qui est un autre facteur de protection selon les écrits scientifiques. Quelques-uns des policiers mentionnent aussi que d'avoir reçu des cours, de la formation en lien avec le métier de policier et que d'avoir surmonté des expériences antérieures semblables avaient été soutenant pour eux. L'expérience passée et une formation appropriée sont d'ailleurs des facteurs de protection établis dans la littérature sur l'ÉSPT. Cependant, il faut noter que 6 % des policiers trouvent aidant une stratégie de gestion du stress qui met l'emphase sur l'évitement ou la distraction, soit le fait de penser à autre chose ou de faire de l'évitement cognitif. Selon les études antérieures réalisées chez des policiers [36, 40, 78], cette stratégie n'est habituellement pas efficace pour gérer le stress ou pour empêcher le développement d'un ÉSPT. Utilisée de manière excessive, elle favorise le maintien de la symptomatologie. Peut-être que c'est une question de dosage et qu'une utilisation modérée de comportements d'évitement n'est pas préjudiciable pour un certain nombre de policiers. Certains policiers perçoivent le débriefing psychologique comme une stratégie qui les a aidés. Le débriefing semble être un facteur de protection dans certaines études. Toutefois, au niveau des recherches les plus récentes effectuées auprès de policiers, celles-ci semblent indiquer que cette stratégie d'intervention n'est pas efficace dans la prévention de l'ÉSPT et peut même augmenter la symptomatologie [80, 81]. Dans notre étude, les policiers ayant reçu un débriefing psychologique comparativement à ceux n'en ayant pas reçu n'étaient pas plus à risque de développer un ÉSPT. Il semble donc que le débriefing n'ait ni augmenté, ni amélioré la symptomatologie post-traumatique des policiers ayant participé à notre étude. Donc, les résultats de la présente étude confirment ceux des études récentes, car il ne semble pas prévenir les réactions post-traumatiques. Par ailleurs, 14 % des policiers indiquent que le suivi psychologique après un ÉT est un des services qui les a le plus aidés à composer avec l'événement. Ce pourcentage n'est pas très élevé, mais il faut se rappeler que seulement 17 % des policiers indiquent avoir consulté un psychologue. Le faible pourcentage de consultations psychologiques peut être en partie dû au fait que seulement 14,4 % des participants présentaient un diagnostic d'un ÉSPT clinique ou partiel après leur ÉT. Par ailleurs, seulement un certain nombre (55 %) de l'ensemble des policiers ont pu bénéficier des services psychologiques puisque leur événement marquant est survenu après l'instauration du PAPP, alors que pour 45 % des policiers, les services du PAPP étaient inexistantes lors de l'ÉT.

8.3.2 Stratégies conseillées par les policiers

De façon générale, les participants conseillent à leurs confrères des stratégies précises afin de mieux transiger avec la situation. Cette stratégie est reconnue par la communauté scientifique et clinique comme étant des facteurs de protection. En outre, ils conseillent aux collègues d'aller chercher du soutien, soit des proches, des collègues ou auprès d'un professionnel comme un psychologue. Il apparaît que l'aide offerte par des psychologues semble bien appréciée puisque 43 % des participants proposent à un confrère d'aller voir un psychologue. Toutefois, 5 % des

policiers recommandent à un confrère de faire usage d'une stratégie de gestion du stress basée sur l'évitement qui consiste à se distraire, penser à autre chose, arrêter de penser à l'événement ou tenter de l'oublier, alors que ce type de stratégie ressort comme étant un facteur de risque dans les études empiriques portant sur divers types de trauma. Ces derniers résultats font ressortir l'importance d'offrir à l'ensemble des policiers de la psychoéducation et de l'information sur l'ÉSPT et les stratégies de gestion du stress répertoriées comme efficaces autant que celles nuisibles. De plus, le débriefing (opérationnel ou psychologique) est proposé par les policiers, bien que les résultats des études les plus récentes dans le domaine semblent indiquer que le débriefing psychologique ne soit pas efficace pour contrer les réactions de stress post-traumatique.

8.3.3 Stratégies déconseillées par les policiers

Les participants déconseillent des stratégies spécifiques reconnues empiriquement comme étant des facteurs de risque. En effet, les policiers reconnaissent que des moyens comme les drogues ou l'alcool ne sont pas des bonnes façons de gérer le stress. En fait, ces tentatives de gérer les symptômes d'un ÉSPT ne misent pas sur la résolution de problèmes, mais plutôt sur l'apaisement de la détresse émotionnelle qui demeure une stratégie de « coping » inefficace pour contrer les réactions post-traumatiques. De plus, les policiers soulignent que d'éviter, de refouler ses émotions ou nier et minimiser l'événement ne semblent pas des stratégies souhaitables de gestion du stress. En fait, l'expérience clinique et les recherches dans le domaine confirment que des comportements d'évitement quotidiens et fréquents après l'ÉT sont des facteurs de maintien de la symptomatologie post-traumatique [19]. Seize pour cent des policiers suggèrent que certaines attitudes sont à proscrire à la suite d'un événement stressant comme se culpabiliser, avoir honte, se remettre en question, se positionner en victime, être pessimiste, être critique envers les autres et blâmer autrui. L'expérience clinique révèle d'ailleurs que le discours intérieur négatif de la victime (se juger, se blâmer, se sentir coupable) et les perceptions inadéquates concernant le trauma sont des facteurs qui peuvent aggraver ou entretenir les réactions post-traumatiques [19]. Par ailleurs, les policiers déconseillent de se replier sur soi et d'éviter d'en parler, ce qui fait ressortir l'importance accordée par les policiers au soutien social.

8.3.4 Services que les policiers aimeraient recevoir

Les policiers indiquent que les services qu'ils souhaiteraient recevoir à la suite d'un événement marquant sont : du soutien de la part de leurs collègues, de leurs superviseurs et se faire conseiller par un confrère ayant vécu un événement similaire. Ces suggestions convergent avec les résultats quantitatifs obtenus dans cette étude où le soutien, plus précisément des collègues, pendant et immédiatement après l'événement ressort comme un des plus importants prédicteurs de l'ÉSPT. Les services offerts par le PAPP sont également appréciés dans la mesure où la majorité des policiers (plus de 80 %) aimeraient pouvoir bénéficier de consultations et recevoir un débriefing psychologique s'ils en ressentent le besoin.

8.3.5 Moyens d'être mieux préparés

Les policiers suggèrent divers moyens leur permettant d'être mieux préparés pour faire face à des ÉT. Presque la moitié des policiers propose d'emblée des séances de psychoéducation portant sur

la symptomatologie post-traumatique, sur les stratégies d'adaptation et sur la gestion des émotions. À cet effet, il existe déjà au PAPP une formation portant sur la « Gestion humaine lors d'un événement majeur ». Le contenu de cette formation pourra être bonifié par l'ajout des stratégies préventives suggérées dans ce rapport et possiblement par les données de l'étude prospective. De plus, les policiers indiquent qu'il serait utile d'obtenir de l'information sur les services offerts au PAPP et les ressources disponibles. Il est à noter que les recrues obtiennent déjà, lors de leur embauche, un enseignement donné par des psychologues du PAPP contenant de l'information sur les services offerts par le programme d'aide. Parmi les autres moyens mentionnés, les policiers aimeraient recevoir de l'information sur les procédures à suivre en cas de politique ministérielle (une telle politique demande que l'enquête sur les circonstances entourant un décès, des blessures graves ou par balles soit confiée à un autre service policier). De plus, ils suggèrent avoir accès à une formation continue et des simulations pour être mieux préparé à des ÉT. Certains précisent que la préparation psychologique et l'expérience sont des moyens de faire face aux événements marquants. La littérature sur les facteurs de protection de l'ÉSPT nous apprend justement que l'expérience, la formation et la préparation mentale sont des moyens qui nous permettent de mieux nous adapter après un ÉT. Au niveau de la formation, il est d'ailleurs possible pour les policiers de recevoir le cours « Street Survival ». En ce qui concerne la préparation psychologique et les simulations, le cours « Emploi de la force » peut être utile aux policiers. Environ 8 % des policiers mentionnent que le soutien par un psychologue peut également aider à la suite d'un ÉT alors que 10 % soulignent que d'obtenir des conseils de policiers plus expérimentés est souhaitable. À cet effet, les policiers peuvent composer la ligne d'écoute 280-BLEU pour parler à un policier bénévole pour toute situation reliée au travail ou à sa vie personnelle. Les policiers-ressources qui répondent aux appels de cette ligne d'écoute ont eux-mêmes déjà traversé et résolu une problématique de vie semblable. Ainsi, un policier traversant une séparation peut parler à un policier-ressource ayant déjà vécu la même situation dans le passé. Les données de cette étude ont des implications directes pour la prévention primaire et secondaire de l'ÉSPT. Des stratégies basées sur les facteurs de risque et de protection proposés par les policiers et appuyés par les études dans le domaine auront avantage à être prises en compte et incluses dans les programmes de sensibilisation et de formation pour le personnel policier du SPVM. D'ailleurs, le SPVM peut mettre l'emphase et sensibiliser le personnel policier sur les services déjà offerts qui répondent aux besoins énoncés dans l'étude par les policiers. De plus, le PAPP, le syndicat et le SPVM peuvent donner suite aux autres suggestions proposées par les policiers dans le tableau 11 de l'annexe I afin d'être mieux préparés pour faire face à un événement marquant.

8.3.6 Utilité et satisfaction des services psychologiques

Dix-sept pour cent des policiers indiquent avoir reçu des consultations en individuel avec un psychologue après leur ÉT. Parmi ceux-ci, 83 % des policiers précisent que cela les a aidés. Plus précisément, les policiers ayant consulté indiquent sur une échelle de 0 à 100 avoir été satisfaits de leurs consultations à 96 %. Ces résultats reflètent que les policiers sont majoritairement très satisfaits des services reçus par le PAPP. Par ailleurs, les policiers ont une perception relativement positive du PAPP puisque près de 85 % des policiers aimeraient pouvoir consulter un psychologue si le besoin s'en fait sentir et que 43 % des policiers conseillent à leurs confrères d'aller voir un psychologue pour être aidés après un événement marquant. De plus, la valeur des psychologues au sein du SPVM est reconnue puisque près de la moitié des policiers considèrent

que d'obtenir des séances d'information offertes par des psychologues et portant sur les réactions possibles après un événement marquant serait un moyen d'être mieux préparé à un tel événement. Depuis la mise sur pied du PAPP, les psychologues du programme constatent que les mentalités policières ont évolué puisque les policiers sont moins hésitants à demander de l'aide, jugent moins leurs pairs qui consultent et reconnaissent les bienfaits de consulter au point d'inviter leurs confrères à utiliser ce service (N. Martin, communication personnelle, 28 février 2008). Les propos des psychologues quant aux attitudes positives qu'entretiennent les policiers du SPVM face à l'obtention d'une aide psychologique sont appuyés par les propos des policiers obtenus dans la présente étude. Une section concernant l'utilité et la satisfaction du débriefing psychologique se trouve à l'annexe II.

8.3.7 Policiers non impliqués dans un ÉT

Les résultats de l'étude démontrent que les policiers non impliqués (PNI) dans un ÉT sont similaires aux policiers impliqués (PI) dans un ÉT quant aux données sociodémographiques, aux données relatives au travail et aux résultats obtenus sur divers questionnaires (entre autres, sur la personnalité résistante au stress, les stratégies de gestion du stress, les croyances personnelles). Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative entre les PI et les PNI au niveau de la présence ou absence de troubles psychiatriques passés et au moment de l'étude. Ainsi, il semble que les PI ne soient pas plus à risque de développer des troubles psychiatriques après l'expérience d'un ÉT au travail. La seule différence entre les PI et les PNI est qu'il y a davantage de membres de la famille affectés par un trouble psychiatrique chez les PI. Par ailleurs, en ce qui concerne la perception qu'ils ont des policiers qui vivent des ÉT au travail, les réponses qu'ils donnent à l'entrevue maison semblent indiquer qu'ils ont une perception juste des services que les PI aimeraient recevoir en réponse à un ÉT, de ce qui aide les PI à bien récupérer et des moyens qui aideraient les policiers à être mieux préparés face à un ÉT.

8.4 Implications cliniques

Les résultats de cette étude pourront enrichir la formation donnée par le Programme d'aide aux policiers et policières (PAPP) du SPVM. Les résultats viennent confirmer l'importance d'une approche préventive qui est déjà une pratique préconisée et appliquée par le PAPP. De façon plus globale, les constats provenant de cette étude ont des implications en ce qui a trait à la prévention, l'évaluation et le traitement des policiers exposés à des ÉT dans le cadre de leur travail.

8.4.1 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 [19]. 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 [132, 138-140]. 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 [141] 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 notre étude 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 (voir tableau 3 et 4). Cependant, cette stratégie n'est habituellement pas efficace pour gérer le stress ou pour empêcher le développement d'un ÉSPT [36, 40, 78]. 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.

8.4.2 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 [142]. 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 postimmédiates efficaces. Entre autres, il existe présentement une intervention postimmédiate brève et intensive de 5 séances de nature cognitivo-comportementale donnée après 2 semaines aux individus ayant des symptômes d'un ÉSA [143]. Les données probantes appuient ce type d'intervention et recommandent que les individus ayant 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 [100, 101]. Les interventions postimmédiates peuvent aussi faire la promotion d'un soutien social adéquat et encourager la verbalisation des émotions dans un contexte soutenant et sécurisant [144]. Les collègues de travail, les superviseurs et même les membres de la famille de policiers traumatisés 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 réaffectation 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 [142]. 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.

8.4.3 Évaluation

Il est recommandé de faire une évaluation 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, 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 raisonnable et à propos de suivre de près les individus à risque et d'offrir, avec précaution, des interventions postimmédiates brèves et précoces principalement aux individus qui possèdent de fortes probabilités de développer un ÉSPT.

8.4.4 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 [19]. 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 de meilleures cibles pour développer des interventions [17]. 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 aidant le client à percevoir les situations stressantes comme des défis et en encourageant l'engagement du client à des buts importants [145]. 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 peuvent se fier aux données probantes pour les modalités du traitement qu'ils devraient offrir [100-102].

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 (voir tableau 6). De plus, 43 % des policiers recommandent à leurs confrères de consulter un psychologue pour les aider à passer au travers d'un événement difficile (voir tableau 4). 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 de la présente étude 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 priorités 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 [17]. 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 comorbides avec l'ÉSPT [8, 9, 22, 146] ou d'autres troubles mentaux mis à part l'ÉSPT, comme la dépression majeure [147, 148]. 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.

8.5 Portée et limites des résultats

L'interprétation de nos résultats doit être envisagée avec prudence et retenue, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, la nature rétrospective et corrélacionnelle du devis de notre étude ne permet pas de formuler des inférences causales. Nous démontrons uniquement une relation d'association ainsi que la force d'impact de l'association entre ces variables. La recherche dans le domaine du trauma fait en sorte qu'il est pratiquement impossible d'assigner de façon aléatoire des sujets à un groupe expérimental ou à un groupe contrôle puisqu'il est généralement difficile d'anticiper qui sera exposé à un trauma. Il est important de mentionner que plusieurs années se sont écoulées entre l'entrevue et l'ÉT, ce qui peut atténuer la validité et la fiabilité des jugements des répondants. En effet, les mesures rétrospectives peuvent produire des biais de mémoire ou rappel en plus d'influencer le niveau d'intensité rapportée de certains prédicteurs comme la dissociation péri-traumatique. Il est également important de noter que l'expérience traumatique peut affecter certaines caractéristiques pré-traumatiques qui sont considérées comme relativement stables, comme les traits de personnalité, le tempérament et l'utilisation de stratégies de gestion du stress. Qui plus est, la culture policière peut inciter 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 obtenus dans notre échantillon pourraient représenter des données plutôt conservatrices. Par ailleurs, la symptomatologie de l'ÉSPT en référence à un seul événement a été évaluée, soit l'ÉT qui a le plus perturbé le policier et qui est survenu au travail. 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. Une autre limite de notre étude 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 puisque la participation se faisait sur une base volontaire. Il est possible que les 169 participants de la présente étude diffèrent de l'ensemble des policiers qui n'ont pas répondu à notre invitation. Les principales raisons de non-participation invoquées par 64 policiers sont le manque de temps et le désintéressement (voir figure 2 à l'annexe 1). 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 faible taux de participation des policiers.

Malgré ces limites, notre 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 autoadministrés. 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. 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.

8.6 Recherches futures

Le présent projet de recherche sera suivi d'une étude prospective longitudinale qui s'avère une suite logique et complémentaire permettant de contrôler pour les limites du volet rétrospectif. L'étude prospective est d'ailleurs en cours depuis mai 2006. 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 de la prévalence 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 organisationnel et d'améliorer l'entrevue semi-structurée avec les policiers). Il sera intéressant de comparer les résultats obtenus au volet rétrospectif à ceux qu'obtiendra l'étude prospective.

Les recherches futures devraient toujours considérer non seulement de mesurer 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, 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. Le chapitre de King, Vogt, et King [17] offre des recommandations méthodologiques pertinentes pour les chercheurs, et ce, afin d'accroître notre compréhension de l'étiologie de l'ÉSPT.

De plus, les recherches futures devront porter davantage sur l'évaluation du soutien social et l'impact des interactions sociales négatives et du soutien positif dans la modulation de l'ÉSPT. Le soutien social ressort dans la présente étude 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 autoadministrés, 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. 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, quels sont 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 se penche l'étude prospective qui est en cours au SPVM.

9. CONCLUSION

Le taux de l'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.

Les résultats de cette étude confirment les connaissances actuelles au niveau des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT que l'on retrouve dans la littérature portant sur diverses populations, dont les policiers. Dans ce cas-ci, le développement de l'ÉSPT clinique et partiel se trouve associé à certains facteurs pré-traumatiques (la personnalité résistante au stress) et post-traumatiques (la perception du soutien social des collègues après l'événement), mais plus spécifiquement à des facteurs péri-traumatiques (la perception du soutien social des collègues pendant l'événement, la dissociation, et les réactions émotionnelles et physiques). 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. Qui plus est, 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) 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, 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 et la dissociation 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 majeur et 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.

10. APPLICABILITÉ DES RÉSULTATS

Nous croyons que les résultats de notre projet s'appliquent 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, 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, etc.). Ainsi, ce projet sera bénéfique à plusieurs autres organisations dont le personnel constitue une population à haut risque.

11. RETOMBÉES ÉVENTUELLES

Parmi les effets anticipés dans le milieu de travail de cette population, le projet permettra aux intervenants du PAPP d'avoir recourt 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 celles qui seront obtenues ultérieurement dans l'étude prospective. L'instrument de dépistage pourrait renseigner les intervenants du PAPP 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 pourront être ajustées, validées ou améliorées en se basant sur les données de cette 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. 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, telles que le SPVM, et diminuer les coûts reliés à cette problématique.

12. 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 :

Martin, M., Marchand, A., Boyer, R. (accepté). Traumatic events in the workplace: Impact on psychopathology and healthcare use of police officers. *International Journal of Emergency Mental Health*.

Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the Development of Posttraumatic Stress Disorder among Police Officers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 10, 4, p. 451-468.

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

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 3e conférence internationale CIST sur les facteurs psychosociaux au travail, Québec, 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., 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 affiche présentée à la Journée annuelle de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, le 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, Trois-Rivières, 14 au 16 mars.

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.

BIBLIOGRAPHIE

1. HÉBERT, F. P. Duguay et P. Massicotte, *Les actes violents en milieu de travail : des différences selon le sexe*, in *Présentation faite lors du XXVe congrès de l'AQHSST. 2003: Trois-Rivières*.
2. 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.
3. LOO, R. « *Post-shooting stress reactions among police officers* », *Journal of Human Stress*, vol. 12, n° 1, 1986, p. 27-31.
4. CARLIER, I.V.E., *Finding meaning in police traumas*, in *Police Trauma: psychological aftermath of civilian combat*, J.M. Violanti and D. Paton, Editors. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 227-239.
5. APSAM, *Plusieurs grands dossiers attendent les policiers*, in *La Presse. 1995: Montréal*.
6. APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. 2000*, Washington, DC, Author.
7. MARCHAND, A. et P. Brillon, *Le trouble de stress post-traumatique*, in *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale*, R. Ladouceur, A. Marchand, and J.-M. Boisvert, Editors. 1999, Gaëtan Morin Éditeur: Boucherville, Qc p. 149-182.
8. 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.
9. 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.
10. MANN, J.P. et J. Neece. « *Workers' compensation for law enforcement related post-traumatic stress disorder* », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 8, 1990, p. 447-456.
11. MARTIN, C.A. M.H.E. McKean et L.J. Veltkamp. « *Post-traumatic stress disorder in police working with victims: a pilot study* », *Journal of Police Science and Administration*, vol. 14, n° 2, 1986, p. 98-101.
12. IRSSST, *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*.
13. VIOLANTI, J.M., *Trauma stress and police work*, in *Traumatic stress in critical occupations : Recognition, consequences and treatment*, D. Paton and J.M. Violanti, Editors. 1996, Charles C. Thomas: Springfield, IL p. 87-112.
14. 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 and D. Paton, Editors. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 78-96.
15. 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.
16. 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.
17. 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, Editor. 2004, Guilford Press: New York. p. 34-64.

18. 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 and D. Paton, Editors. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 255-267.
19. 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 and A. Marchand, Editors. 2006, Les Presses de l'Université de Montréal: Montréal, Québec, Canada. p. 51-68.
20. 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.
21. 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, Editor. 1998, Oxford University Press: New York. p. 161-176.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.

31. 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 and D. Paton, Editors. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 65-77.
32. 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.
33. 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, and L.M. Smith, Editors. 2003, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 103-118.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. MARMAR, C.R. *Prospective studies of biological and behavioural predictors of PTSD. in Symposium conducted at the meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. 2006, November. Toronto, Canada.*
44. 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.

45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. 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.
58. 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.
59. 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, 401, 2003, p. 395.
60. 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.
 61. 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.
 62. 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.
 63. 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.
 64. 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.
 65. PATON, D. « *Disasters and helpers: Psychological dynamics and implications for counselling* », *Counselling Psychology Quarterly*, vol. 2, n° 3, 1989, p. 303-322.
 66. ZEISS, R. et H. Dickman. « *Incidence and person-situation correlates of former POWs* », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 45, 1989, p. 80-87.
 67. 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.
 68. 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.
 69. 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.
 70. 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.
 71. 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.
 72. 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.
 73. 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.
 74. 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.

75. 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.
76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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, August 15th 2005, 1997.
80. 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.
81. 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.
82. LAZARUS, R.S. et S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*. 1984, New York, Springer.
83. 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.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. 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.
89. 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.
90. 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.

91. 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.
92. 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.
93. 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.
94. RAPHAEL, B., *When Disaster Strikes : How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. 1986, New York, NY, Basic Books, Inc.
95. 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.
96. 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.
97. 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, Philadelphia, PA Brunner/Mazel Inc.
98. 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.
99. 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.
100. NICE, *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. 2005, Wilshire, United Kingdom, Cromwell Press.
101. 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*, vol., 2007, p. 637-648.
102. APA, *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. 2004, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
103. 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.
104. FIRST, M.B., R.L. Spitzer, M. Gibbon et J.B.W. Williams, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. 1996, New York, Biometrics Research Department.
105. 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.
106. ROGERS, R., *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing*. 2001, New York, The Guilford Press.

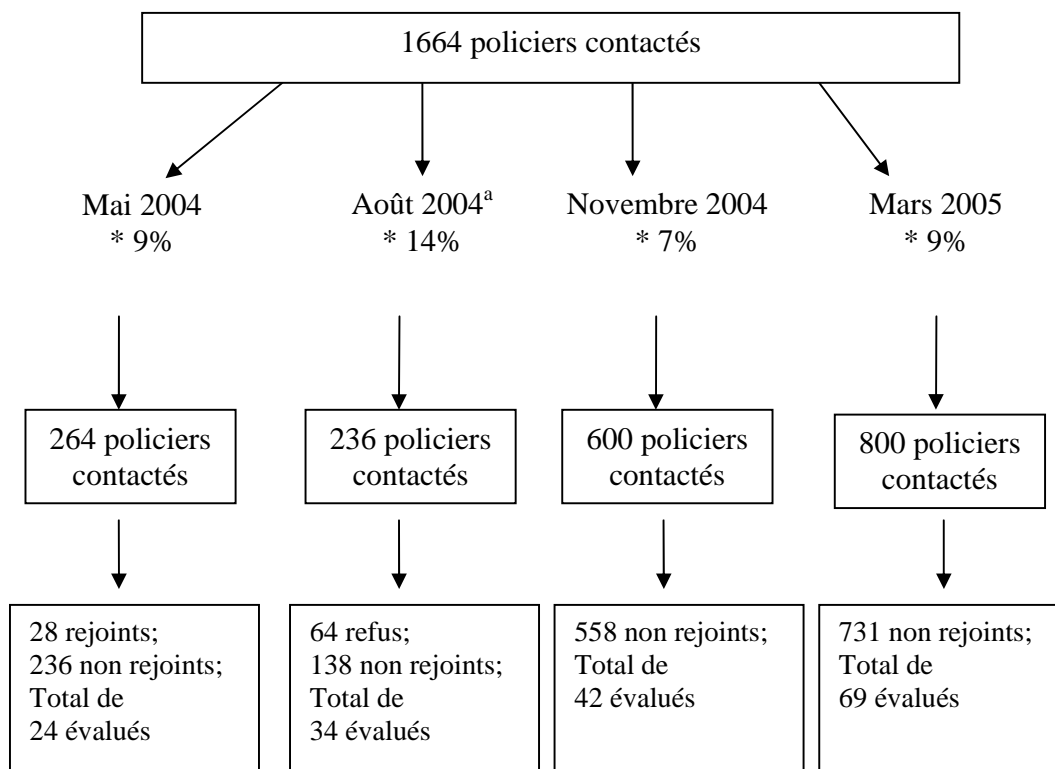
107. HOVENS, J.E., P.R. Falger, W. Op-den-Veld, E.G. Schouten et al. « Occurrence of current post traumatic stress disorder among Dutch World War II resistance veterans according to the SCID », *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 6, n° 2, 1992, p. 147-157.
108. SOLOMON, Z., R. Benbenishty, Y. Neria, 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.
109. 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.
110. ENDLER, N.S. et J.D.A. Parker, *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. 1990, Toronto, Multi-Health Systems.
111. 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, Editor. 1994, EAP: Paris. p. 927-930.
112. 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.
113. DUFOUR-PINEAULT, M., *Hardiesse cognitive: traduction française et validation préliminaire d'un instrument de mesure, le 15-item Dispositional Resilience (Hardiness) Scale*, in *Education*. 1997, UQÀM: Montreal.
114. BARTONE, P.T. « 15-items Dispositional Resilience (Hardiness) Scale », 1994.
115. JANOFF-BULMAN, R., *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. 1992, New York, The Free Press.
116. BRILLON, P., *Caractéristiques psychométriques de l'Échelle des croyances*, M. Martin, Editor. 2003: Montreal.
117. MARMAR, C.R. D.S. Weiss et T.J. Metzler, *The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*, in *Assessing psychological trauma and PTSD*, J.P. Wilson and T.M. Keane, Editors. 1997, The Guilford Press: New York, NY. p. 412-428.
118. 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.
119. 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.
120. MARTIN, A. et A. Marchand, *Validity and reliability of Peritraumatic Dissociative Experiences Francophone Questionnaire*, in *34th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy*. 2000: New Orleans.
121. 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*, vol., 1994, p. 66-67.
122. GUAY, S. et J.-M. Miller, *Traductions du Perceived Supportive Spouse Behaviors et du Perceived Negative Spouse Behaviors*. 2000, Centre de recherche Fernand-Seguin.
123. 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.
124. GUAY, S. et M. Bonaventure. *Le soutien social et les troubles anxieux. in Conférence présentée à la Clinique en intervention cognitivo-comportementale. 2002. Hôpital Louis-H. Lafontaine.*
125. BECK, A.T. R.A. Steer et G.K. Brown, *Manuel de l'Inventaire de dépression de Beck, (2ème éd.). 1996, Canada, Harcourt Brace & Company.*
126. 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.
127. 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.
128. 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.
129. 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.
130. 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.
131. 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.
132. 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, and C. Dunning, Editors. 2000, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 115-133.*
133. 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.
134. KRYSTAL, 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.
135. 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.
136. 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, and L. Weisaeth, Editors. 1996, The Guilford Press: New York, NY.*
137. STEPHENS, C., *Psychological Aspects of Trauma. A report on the Trauma Psychology Symposium 1997, Department of Psychology, Massey University: Palmerston North, New Zealand.*

138. 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, and L.M. Smith, Editors. 2003, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 59-73.
139. KHOSHABA, D.M. et S.R. Maddi, *HardiTraining*. 2001, Newport Beach, CA, Hardiness Institute.
140. 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, and L.M. Smith, Editors. 2003, Charles C. Thomas: Springfield, IL.
141. PATON, D. J.M. Violanti et L.M. Smith, eds. *Promoting Capabilities to Manage Posttraumatic Stress: Perspectives on Resilience*. 2003, Charles C. Thomas: Springfield, IL.
142. 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 and A. Marchand, Editors. 2006, Presses de l'Université de Montréal.
143. 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.
144. 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 and A. Marchand, Editors. 2006, Presses de l'Université de Montréal.
145. 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.
146. 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.
147. 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.
148. RESICK, P.A., *Sex-role stereotypes and violence against women*, in *The stereotyping of women: Its mental health effects*, E.D. Rothblum and V. Franks, Editors. 1983, Springer: New York, NY. p. 230-256.
149. MITCHELL, J.T. « *When disaster strikes : The critical incident stress debriefing process* », *Journal of Emergency Medical Services*, vol. 1, 1983, p. 36-39.
150. MARCHAND, A., S. Iucci, P. Brillon, M. Martin et A. Martin. « *Intervention de crise et débriefing: Controverses et défis* », *Revue francophone du stress et trauma*, vol. 3, n° 3, 2003, p. 141-153.
151. VAN EMMERIK, A.A.P., J.H. Kamphuis, A.M. Hulsbosch et P.M.G. Emmelkamp. « *Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis* », *The Lancet*, vol. 360, n° 9335, 2002, p. 741-742.

152. *BONANNO, G.A. « Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? », American Psychologist, vol. 59, 2004, p. 20-28.*

ANNEXE I



a. Relance aux policiers contactés en mai 2004

* Taux de participation

Figure 1 - Étapes de recrutement des participants

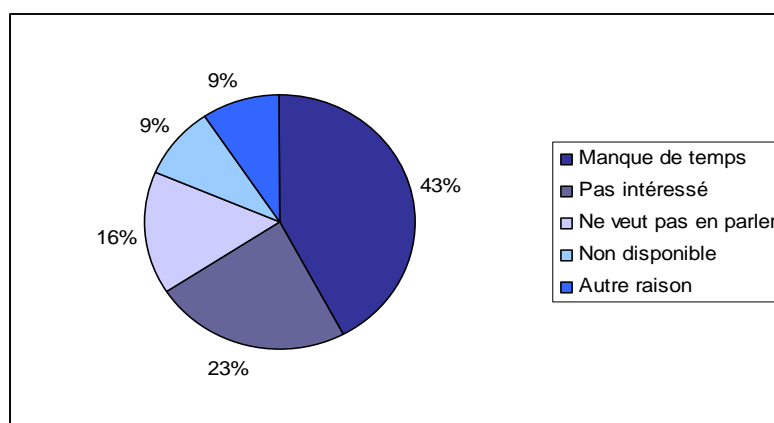


Figure 2 - Motifs de refus de participation à l'étude (n = 64)

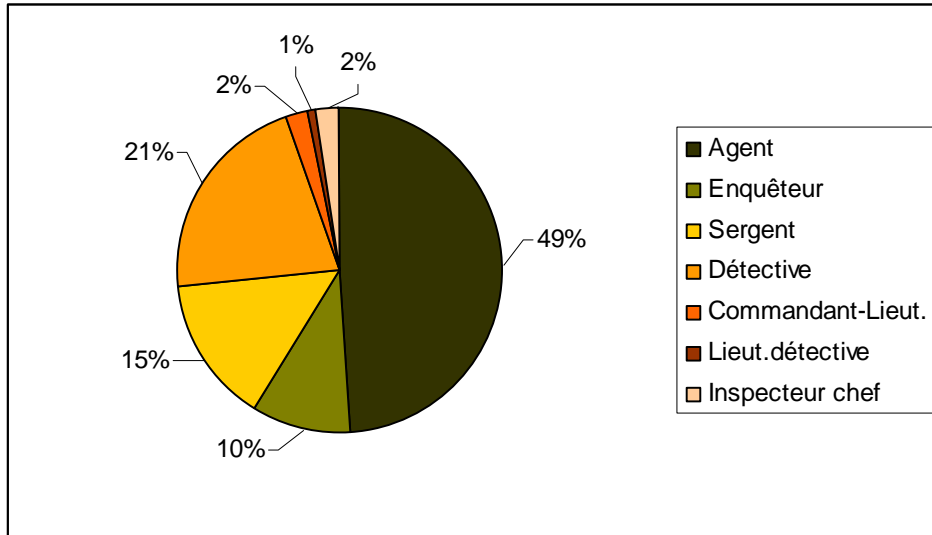


Figure 3 - Policiers impliqués dans un événement traumatique : grades des policiers actifs (n = 94)

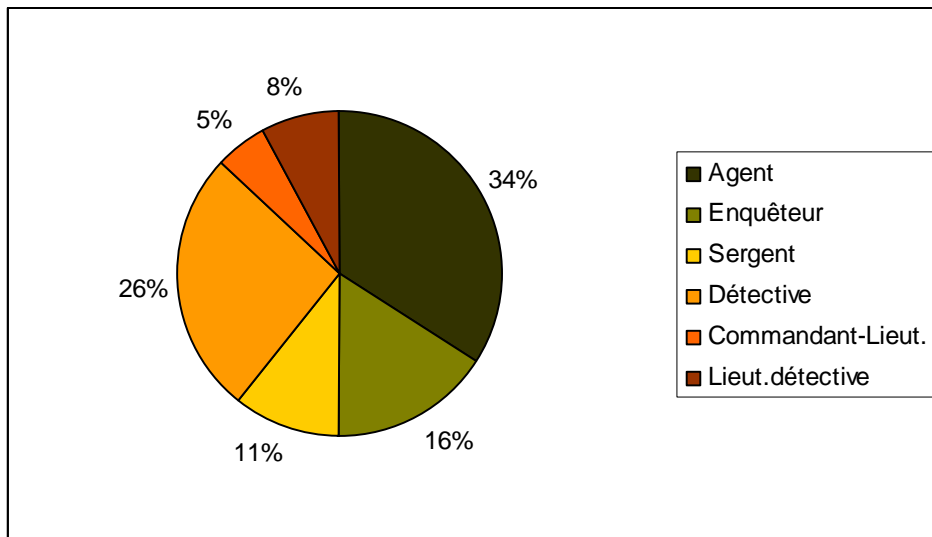


Figure 4 - Policiers impliqués dans un événement traumatique : grades des policiers retraités (n = 38)

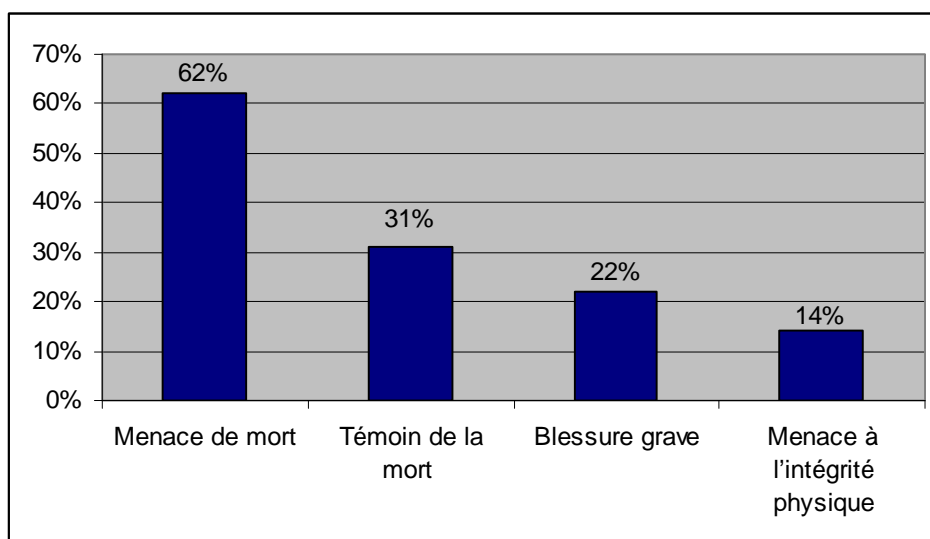


Figure 5 - Caractéristiques de l'événement traumatique (n = 132)

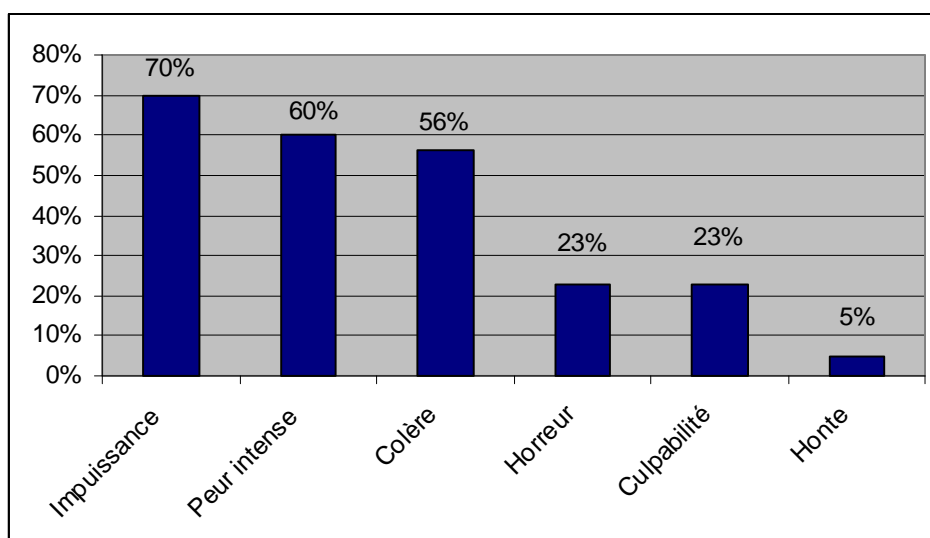


Figure 6 - Émotions vécues pendant ou immédiatement après l'événement traumatique (n = 132)

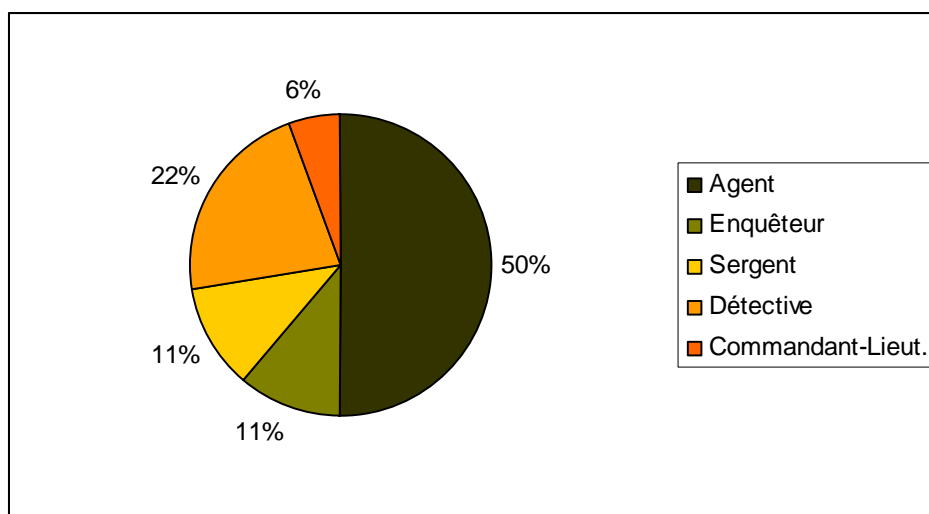
POLICIERS NON IMPLIQUÉS DANS UN ÉT

Figure 7 - Policiers non impliqués dans un événement traumatique : grades des policiers actifs (n = 18)

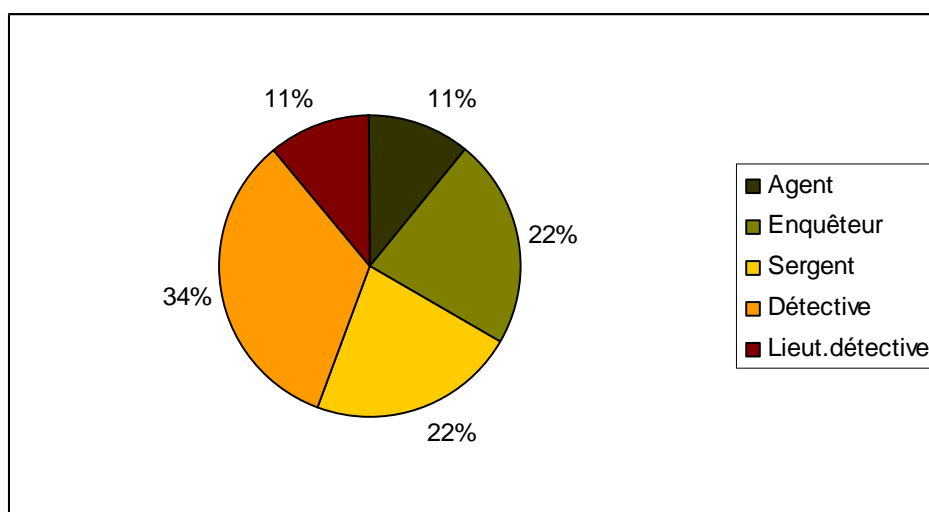


Figure 8 - Policiers non impliqués dans un événement traumatique : grades des policiers retraités (n = 9)

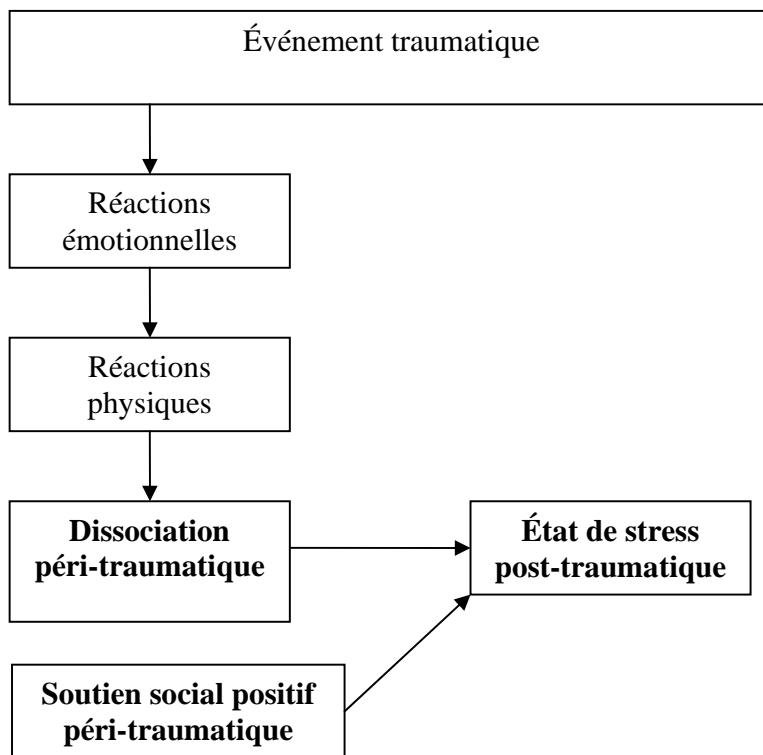


Figure 9 - Modèle étiologique élaboré à partir des prédictors péri-traumatiques significatifs

MÉTHODES DE RECHERCHE

Policiers impliqués dans un ÉT

**Tableau 1 - Portrait descriptif des policiers impliqués dans un événement traumatique
(*n* = 132)**

Données sociodémographiques	%	<i>M</i>
Genre		
Masculin (<i>n</i> = 113)	85,6	
Féminin (<i>n</i> = 19)	14,4	
Âge au moment de l'étude		43,3
Statut civil		
Marié ou union de fait (<i>n</i> = 115)	87,1	
Célibataire, veuf ou séparé (<i>n</i> = 17)	12,9	
Nombre d'enfants		1,5
Nombre d'années de scolarité ou d'études		14,6
Policiers actifs		
Nombre (<i>n</i> = 94)	71,2	
Durée du service (années)		15,7
Policiers retraités		
Nombre (<i>n</i> = 38)	28,8	
Durée du service (années)		30,7
Nombre d'heures de travail par semaine* (<i>n</i> = 94)		37

% = pourcentage; *M* = moyenne

* Le nombre d'heures de travail par semaine s'applique seulement pour les policiers actifs de l'étude

Policiers non impliqués dans un ÉT

Tableau 2 - Portrait descriptif des policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 27)

Données sociodémographiques	%	<i>M</i>
Genre		
Masculin (<i>n</i> = 21)	77,8	
Féminin (<i>n</i> = 6)	22,2	
Âge au moment de l'étude		43,9
Statut civil		
Marié ou union de fait (<i>n</i> = 20)	74,1	
Célibataire, veuf ou séparé (<i>n</i> = 7)	25,9	
Nombre d'enfants		1,6
Nombre d'années de scolarité ou d'études		15,1
Policiers actifs		
Nombre (<i>n</i> = 18)	66,7	
Durée du service (années)		14,4
Policiers retraités		
Nombre (<i>n</i> = 9)	33,3	
Durée du service (années)		30,9
Nombre d'heures de travail par semaine* (<i>n</i> = 16)		39,5

% = pourcentage; *M* = moyenne

* Le nombre d'heures de travail par semaine s'applique seulement pour les policiers actifs de l'étude

DONNÉES QUALITATIVES**Mécanismes d'adaptation**

Vous trouverez ci-dessous une série de tableaux comprenant l'ensemble des données qualitatives rapportées de façon verbale par tous les policiers évalués. Le *n* indiqué dans les tableaux suivants représente le nombre de répondants ayant octroyé cette réponse, alors que les pourcentages reflètent la proportion de participants ayant attribué cette réponse par rapport à l'ensemble des répondants. Puisqu'il est possible pour un policier de donner plusieurs réponses à une même question ouverte, les pourcentages ne totalisent pas 100 % et le *n* dans le tableau est plus grand que 132 participants. Les réponses surlignées en jaune sont celles qui sont endossées par un grand nombre de participants ou qui ressortent comparativement aux autres réponses données. Les numéros de tableau en annexe correspondent aux numéros de tableaux indiqués dans la section « Résultats ».

Voici les réponses obtenues aux questions dans l'entrevue *Mécanismes d'adaptation*.

Question : *Qu'est-ce qui vous a le plus aidé à passer au travers de l'événement stressant que vous avez vécu?*

Tableau 3 - Stratégies, services, attitudes et comportements ayant le plus aidé à passer au travers de l'événement stressant (n = 132)

Stratégies / services / attitudes / comportements	<i>n</i>	%
Travailler avec le même partenaire	1	0,76
Loisirs	35	26,52
- construction	1	0,76
- lecture	2	1,52
- entraînement physique / sport / exercices	18	13,64
- entraînement militaire (apprendre à tuer...)	1	0,76
- artisanat	1	0,76
- avoir une « business on the side »	1	0,76
- écouter / jouer de la musique	2	1,52
- écriture	1	0,76
- plein air / activités extérieures / sortir	3	2,27
- cinéma	1	0,76
- rencontres sociales / soirées amicales	1	0,76
- non spécifié	3	2,27
Cours / formations / simulations	8	6,06
Avoir surmonté un événement marquant dans le passé (expériences antérieures)	4	3,03
Penser à soi, prendre du temps pour soi, se faire plaisir	4	3,03
Décompresser, relaxer, faire le vide	4	3,03

Obtenir le soutien des supérieurs (commandant, superviseur)	10	7,58
Obtenir le soutien des proches (conjoint, ami, famille, etc.)	19	14,39
Obtenir le soutien des collègues	26	19,70
Soutien (non spécifié)	2	1,52
En parler aux supérieurs	5	3,79
En parler aux proches	26	19,70
En parler aux collègues	36	27,27
En parler (personnes non spécifiées)	21	15,91
Suivi psychologique et soutien du psychologue	19	14,39
Débriefing opérationnel et psychologique	14	10,61
- Débriefing opérationnel et émotionnel avec un psychologue	5	3,79
- Débriefing opérationnel et émotionnel avec le partenaire	2	1,52
- Débriefing de groupe	3	2,27
- Débriefing (non spécifié)	4	3,03
Avoir le sentiment d'avoir fait du bon travail (confiance en soi et en son intervention)	9	6,82
Médication	1	0,76
Consommer de l'alcool	3	2,27
Humour (face à l'événement vécu)	7	5,30
Jovialité, optimisme, attitude positive	10	7,58
Spiritualité	3	2,27
Le temps	5	3,79
Accepter la situation et ses propres limites	6	4,55
Minimiser ou dédramatiser l'événement	3	2,27
Évitement cognitif, penser à autre chose	8	6,06
Éviter les situations similaires à l'événement	1	0,76
Ligne téléphonique de policiers-ressources (280-BLEU)	2	1,52
Développer des nouvelles stratégies d'intervention	1	0,76
Je ne sais pas	1	0,76
Rien	3	2,27

Question : *Si un confrère avait à vivre un événement semblable à celui que vous avez vécu, quelles sont les choses que vous lui conseilleriez de faire?*

Tableau 4 - Stratégies, services, attitudes et comportements conseillés à un confrère qui vit un événement semblable (n = 132)

Stratégies / services / attitudes / comportements	n	%
Consulter un psychologue / aller au PAPP	57	43,18
Consulter un psychiatre	1	0,76
Consulter un médecin	2	1,52
Consulter un aumônier	1	0,76
Ne pas aller voir un psychologue	1	0,76
En parler	97	73,50
- En parler (personne non spécifiée)	56	42,42
- En parler aux proches	13	9,85
- En parler aux collègues ou à quelqu'un qui a vécu un événement semblable	24	18,18
- En parler aux supérieurs	4	3,03
Appeler au 280-BLEU	5	3,78
Écouter attentivement un collègue ou quelqu'un qui a vécu un événement semblable	1	0,76
Faire une rétroaction / débriefing après l'événement (soit opérationnel ou émotionnel)	10	7,58
Démystifier l'événement / les conséquences	2	1,52
Relativiser l'événement, minimiser l'événement, ne pas dramatiser	3	2,27
Retour au travail graduel	1	0,76
Retourner rapidement au travail	1	0,76
Travailler à l'administration dans un bureau si incapacité à travailler sur la route	1	0,76
Ne pas « relocaliser » le policier / demeurer avec la même équipe	1	0,76
Ne pas accumuler / ne pas garder ça en dedans	7	5,30
Prendre du temps pour soi / prendre du recul / décompresser / prendre un congé de maladie	13	9,85
Faire une mise au point / introspection / remise en question face à son travail	2	1,52
Médication	1	0,76
Ne pas prendre trop de médicaments	1	0,76
Acupuncture	1	0,76
Se distraire / penser à autre chose / arrêter d'y penser / tenter d'oublier l'événement	6	4,55
Passer à autre chose / tourner la page	2	1,52
Activité physique	4	3,03

Chercher du soutien chez les proches, collègues ou autre personne non spécifiée	6	4,55
- Ne pas rester seul à la maison / soutien des proches	2	1,52
- Soutien / coopération des collègues	2	1,52
- Chercher du soutien / réconfort (non spécifié)	2	1,52
Accepter ou assumer la situation / l'événement	4	3,03
Accepter d'avoir des émotions / exprimer ses émotions	12	9,09
Réduire son sentiment de culpabilité	2	1,52
Accepter la critique / demeurer humble	1	0,76
Voir le bon côté des choses / optimisme / tirer des leçons de l'événement	6	4,55
Humour	1	0,76
Faire le vide	2	1,52
Apprendre à se faire une carapace, « à s'endurcir »	2	1,52
Respirer / rester calme / gérer son stress / « prendre ça relax »	4	3,03
S'écouter soi-même / agir selon son instinct / être soi-même	3	2,27
Être plus prudent / ne pas mettre sa vie en danger	3	2,27
S'informer de la santé des victimes de l'accident	1	0,76
Suivre les recommandations de la Fraternité des policiers et policières	1	0,76
Analyser / réfléchir avant d'agir	3	2,27
Je ne sais pas	1	0,76
Rien / pas de conseils à donner	2	1,52

Question : *Si un confrère avait à vivre un événement semblable à celui que vous avez vécu, quelles sont les choses que vous lui conseilleriez de **ne pas faire**?*

Tableau 5 - Stratégies, services, attitudes et comportements déconseillés à un confrère qui vit un événement semblable (n = 132)

Stratégies / services / attitudes / comportements	n	%
Éviter d'en parler / se replier sur soi-même ou garder ça pour soi /accumuler	60	45,45
Rester seul / s'isoler	22	16,66
En parler trop	8	6,06
-En parler trop / se replonger constamment dans l'événement	1	0,76
-En parler trop aux proches / épuiser les proches	5	3,78
-En parler trop à son collègue (partenaire)	2	1,52
Consulter un psychologue	1	0,76
Ne pas consulter	2	1,52
S'exposer de façon constante à l'événement par des ruminations ou des comportements	7	5,30
- Se laisser envahir /submergé par l'événement	4	3,03
- Lire les journaux	1	0,76
- Retourner sur les lieux de l'événement	1	0,76
- Réécouter l'événement (cassette, enregistrement)	1	0,76
Être inactif / arrêter de travailler	3	2,27
Avoir une attitude de victime	1	0,76
Faire son « dur à cuire » / se croire invincible ou « superman » / croire qu'on peut s'en sortir seul	5	3,78
Prendre ça personnel	1	0,76
Être pessimiste / négatif	1	0,76
Blâmer autrui	1	0,76
Critiquer ceux qui tentent de t'aider	1	0,76
Se culpabiliser, douter de soi ou avoir honte	21	15,91
- Se culpabiliser / avoir honte	18	13,64
- Se remettre en question / douter de son intervention	3	2,27
Tenter de justifier ses actes	1	0,76

Consommer alcool / drogues / médication	14	10,61
Nier / banaliser / minimiser ou faire de l'évitement / tenter d'oublier / refouler ses émotions	16	12,12
Prendre les choses pour acquises	2	1,52
S'énervier pour rien / paniquer	2	1,52
Agir sans réfléchir	2	1,52
Généraliser l'événement à toutes les situations	1	0,76
Je ne sais pas	2	1,52
Rien	7	5,30

Question : *Si vous deviez revivre un nouvel événement marquant, quels services aimeriez-vous recevoir?*

Tableau 6 - Services que les policiers aimeraient recevoir (n = 132)

Services	n	%
Recevoir du soutien des collègues	127	96
Recevoir du soutien du superviseur ou du commandant	116	88
Se faire conseiller par un confrère qui a vécu la même chose	111	84
Consultation psychologique en individuel	111	84
Débriefing psychologique de groupe	107	81
Soutien familial	105	80
Débriefing psychologique individuel	101	77
Intégration du conjoint dans la thérapie	99	75
Services psychologiques pour la famille	93	70
Réaménagement des tâches de travail	63	48
Congé de maladie	75	57

Voici les façons de réaménager les tâches de travail proposées par les policiers qui ont répondu à cet item au tableau 6.

Tableau 7 - Réaménagement des tâches de travail (n = 50)

Façons de réaménager les tâches de travail	n	%
Effectuer des tâches cléricales / administratives	13	9,85
Être retiré momentanément des opérations routières	7	5,31
Retour progressif sur la route	5	3,79
Demeurer sur la route	1	0,76
Effectuer des tâches différentes afin de prendre un peu de recul	5	3,79
Être assigné à d'autres fonctions où il n'y a pas de danger possible	1	0,76
Changer d'unité / changer de secteur / changer de contexte	4	3,03
Être consulté avant de réaménager les tâches / selon les besoins du policier	7	5,31
Ne pas être confiné au bureau	1	0,76
Changer d'emploi si possible	1	0,76
Laisser une période au policier pour ventiler	1	0,76
Réaménagement temporaire / à court terme (non spécifié)	2	1,52
Réaménagement pendant 1 à 2 semaines	1	0,76
Réaménagement pendant 2 semaines	1	0,76

Voici la durée du congé de maladie proposée par les policiers qui ont répondu à cet item au tableau 6.

Tableau 8 - Durée du congé de maladie (n = 54)

Durée du congé de maladie	n	%
Dépend des besoins du policier et de la situation vécue (durée variable)	33	25
Pas longtemps	3	2,27
1 à 2 jours	2	1,52
2 à 3 jours	2	1,52
2 à 5 jours	1	0,76
1 semaine	5	3,79
1 ½ semaine	1	0,76
1 ou 2 semaines	1	0,76
2 semaines	1	0,76
2 à 3 semaines	1	0,76
12 semaines	1	0,76
16 semaines	1	0,76
2-3 mois ou plus	1	0,76
Plusieurs mois	1	0,76

Question : Parmi tous les services énumérés dans la liste (voir tableau 6), quels sont ceux qui vous ont aidé suite à votre événement marquant?

Tableau 9 - Services qui ont aidé les policiers après l'événement marquant (n = 132)

Services qui ont aidé	n	%
Soutien des collègues	102	77
Soutien familial	86	65
Soutien du superviseur ou du commandant	67	51
Se faire conseiller par un confrère qui a vécu la même chose	15	11
Services psychologiques pour leur famille	9	7
Intégration du conjoint dans la thérapie	5	4

Tableau 10 - Proportion des services qui ont aidé les policiers en fonction des services reçus après l'événement marquant (n = 132)

Services reçus	n	%
Congé de maladie « <i>Le congé de maladie m'a aidé</i> »	20 16	15 80
Réaménagement des tâches de travail « <i>Le réaménagement au travail m'a aidé</i> »	14 9	11 64
Consultations avec un psychologue « <i>Les consultations m'ont aidé</i> »	23 19	17 83
Débriefing psychologique (de groupe et individuel) « <i>Le débriefing m'a aidé</i> »	30 18	23 60
Indemnités compensatoires*	12	9

*Note. Nous n'avons pas la proportion de gens qui ont apprécié avoir obtenu ce service.

Question : *Comment est-ce que les policiers en général pourraient être mieux préparés, mieux formés pour faire face à ce genre de situations?*

Tableau 11 - Moyens permettant aux policiers d'être mieux préparés, mieux formés pour faire face à des événements traumatiques (n = 132)

Moyens	n	%
Séances d'informations par un psychologue / ateliers spécialisés / informer les policiers de l'ÉSPT	61	46,21
- <i>visionner une vidéo qui présente un incident traumatique</i>	6	4,55
- <i>témoignage des policiers ayant vécu un événement marquant / partage des expériences vécues</i>	10	7,58
- <i>débriefing sur des études de cas réelles (mises en situation)</i>	3	2,27
- <i>débriefing de groupe</i>	1	0,76
- <i>les symptômes / réactions possibles pendant et après l'événement</i>	8	6,06
- <i>le processus de réadaptation / stratégies d'adaptation</i>	3	2,27
- <i>le corps humain / le signal d'alarme</i>	1	0,76
- <i>la gestion du stress</i>	3	2,27
- <i>la gestion des émotions / débriefing émotionnel</i>	7	5,30
- <i>les services offerts (PAPP) / connaître les ressources disponibles</i>	6	4,55
- <i>les processus / implications d'une politique ministérielle</i>	1	0,76
- <i>les procédures (syndicat / patron)</i>	1	0,76
- <i>non spécifié</i>	11	8,33

Améliorer la formation, suivre des cours sur divers aspects du métier, formation continue	47	35,6
- Avoir des mises à jour régulières / formation continue / avoir un suivi après Nicolet	21	15,91
- Avoir une meilleure formation (façon non spécifiée)	2	1,52
- Avoir notre formation avec notre équipe de travail	1	0,76
- Avoir une formation plus longue à Nicolet / prolonger la durée de la formation des policiers	4	3,03
- Avoir plus de formation pratique sur l'utilisation de la force et/ou arme à feu	2	1,52
- Avoir des postes de police qui servent d'unité de formation	1	0,76
- Changer la formation policière complètement (trop théorique et désuète)	1	0,76
- Axer la formation sur la sécurité	1	0,76
- -Avoir une formation sur les poursuites à haute vitesse	1	0,76
- Avoir suivi le cours « survivre dans la rue »	5	3,79
- Avoir suivi le cours « survivre à une agression physique »	1	0,76
- Avoir plus de cours sur la maîtrise de foule	1	0,76
- Bien maîtriser les cours de secourisme	2	1,52
- Reprendre des cours de formation après un événement marquant	1	0,76
- Maximiser la disponibilité des formations / diffuser à grande échelle	3	2,27
Simulations / avoir des mises en situation à haut risque / gestion de crise / jeux de rôles sur le terrain	43	32,58
Obtenir de l'encadrement, des conseils, du « coaching » de la part de policiers plus expérimentés	14	11
- Jumeler un policier formateur expérimenté avec un plus jeune / avoir du « coaching »	9	6,82
- Avoir plus de gens expérimentés / être bien encadré	2	1,52
- Apprendre à écouter les conseils des policiers expérimentés	1	0,76
- Les retraités pourraient donner des cours	1	0,76
- En parler avec des gens d'expérience	1	0,76
On ne peut pas être préparé ou formé pour ce genre de situations	12	9,09
Obtenir le soutien d'un psychologue après l'événement	11	8,33
- Inciter tous les policiers à consulter un psychologue du PAPP périodiquement	5	3,79
- Avoir un suivi psychologique après l'événement	4	3,03
- Avoir davantage de soutien médical et psychologique	1	0,76
- Offrir des débriefing pour ceux qui travaillent à l'identité	1	0,76

Être conscient du danger possible / demeurer vigilant / être prudent	9	6,82
L'expérience (avoir vécu un ou plusieurs événements marquants) / le « bagage » de vie	9	6,82
Maximiser la préparation mentale / faire des scénarios avant d'arriver sur les lieux / visualisation	7	5,30
Bien utiliser les outils qui sont déjà à la disposition des policiers / la formation est suffisante	7	5,30
- Avoir un meilleur équipement (poivre de Cayenne, arme 40 mm)	2	1,52
- Maximiser la formation et le pouvoir décisionnel chez les superviseurs	1	0,76
- Se sentir appuyé quant à l'utilisation de l'arme à feu	1	0,76
- Entraînement militaire	1	0,76
- Avoir une excellente condition physique / Favoriser l'entraînement physique	4	3,03
- Le jeune policier devrait débiter dans un « gros poste de police »	1	0,76
- Le jeune policier devrait être confronté à une situation stressante dès le début (ex. : coup de feu)	2	1,52
- Les superviseurs devraient être formés pour faire le débriefing psychologique émotionnel	1	0,76
- Créer un groupe de policiers-ressources pour conseiller en cas d'événements marquants	3	2,27
- Se faire une carapace	3	2,27
- Avoir suivi des cours de psychologie / apprendre à mieux interagir et réagir avec les gens	3	2,27
- Laisser ses problèmes personnels de côté	1	0,76
- Être appuyé par l'organisation / haute direction / avoir du support	3	2,27
- Être proactif face aux situations	1	0,76
- Ne pas hésiter à passer au continuum de force / Ne pas avoir peur d'intervenir	2	1,52
- Bien connaître les lois / jurisprudence / connaissance légales et juridiques	2	1,52
- Développer la mentalité « du gagnant »	1	0,76
- Engager du personnel plus vieux, plus responsable et mature / changer le processus d'engagement	3	2,27
- Être conscient de ses forces et faiblesses / bien se connaître	5	3,79
- Faire des rétroactions correctives avec le superviseur après une intervention traumatisante	1	0,76
- Aucune formation (la direction devrait attendre avant la fin de l'enquête avant de se prononcer)	1	0,76
- Ne sait pas	3	2,27

DONNÉES QUANTITATIVES*Description des participants***Tableau 12 - Données relatives au travail (n = 132)**

Données relatives au travail	%	M
Nombre d'heures de travail par semaine† (n = 94)		37
Qualité de la relation avec les confrères*		
Faible (n = 6)	4,5	
Bonne (n = 15)	11,4	
Très bonne (n = 46)	34,8	
Excellente (n = 65)	49,2	
Niveau général de satisfaction avec le service de police*		
Pas du tout satisfait (n = 18)	13,6	
Un peu (n = 17)	12,9	
Modérément (n = 45)	34,1	
Beaucoup (n = 42)	31,8	
Extrêmement (n = 10)	7,6	

% = pourcentage; M = moyenne

†Le nombre d'heures de travail par semaine s'applique seulement pour les policiers actifs de l'étude

* Il n'y a pas de différence significative entre les policiers actifs et retraités quant à la qualité de la relation avec les confrères ($t(130) = 1,39, p > 0,05$) et le niveau général de satisfaction avec le service de police ($t(130) = -1,98, p > 0,05$).

Description de l'ÉT

Le tableau suivant précise les caractéristiques de l'ÉT indiquées dans la figure 5.

Tableau 13 - Caractéristiques de l'événement

Caractéristiques de l'événement	<i>n</i>	%
Présence de menace de mort	82	62
Victime de menace de mort	76	58
Témoin de menace de mort chez autrui	54	41
Témoin de la mort d'autrui	41	31
Présence de blessure grave	29	22
Victime de blessure grave	8	6
Témoin de blessure grave chez autrui	25	19
Menace de blessure grave chez soi-même	32	24
Menace de blessure grave chez autrui	21	16
Intégrité physique menacée	19	14
Chez soi-même	16	12
Chez autrui	14	11

Note. Les participants peuvent avoir été à la fois victime et témoin de chacune des caractéristiques.

Tableau 14 - Type d'événement vécu

Type d'événement vécu	<i>n</i>	%
Être grièvement et intentionnellement blessé.	3	2,27
Être présent lorsqu'un collègue policier est tué intentionnellement.	2	1,50
Être présent lorsqu'un collègue policier est grièvement et intentionnellement blessé.	9	6,82
Se faire battre grièvement.	4	3,03
Recevoir de sérieuses menaces envers mes proches de la part de quelqu'un qui veut se venger d'une de mes interventions policières.	1	0,76
Se faire tirer dessus (ou dans sa direction).	6	4,55
Être menacé avec une arme à feu.	18	13,64
Être menacé avec un couteau ou une autre arme.	10	7,58
Être pris au piège dans une situation qui pourrait mettre ma vie en danger.	14	10,61
Être exposé à un haut risque de contracter le virus du SIDA ou d'autres maladies mortelles.	4	3,03
Être obligé de tuer ou de blesser un individu lorsque je suis en service.	8	6,06
Être obligé de faire feu sur un individu, mais sans le blesser, lorsque je suis en service.	4	3,03
Faire une erreur qui entraîne la mort d'un collègue policier ou qui le blesse grièvement.	1	0,76
Faire une erreur qui entraîne la mort d'un innocent ou qui le blesse grièvement.	5	3,79
Être impliqué dans une poursuite automobile où des vies sont en danger.	5	3,79
Voir quelqu'un mourir.	8	6,06
Découvrir le corps d'un ou de plusieurs adultes mort récemment.	11	8,33
Découvrir un corps mutilé ou des restes humains.	8	6,06
Devoir annoncer le décès d'un individu à un de ses proches.	3	2,27
Rencontrer un adulte abusé sexuellement.	1	0,76
Rencontrer un enfant battu violemment ou grièvement blessé.	2	1,50
Rencontrer un adulte battu violemment ou grièvement blessé.	13	9,85
Rencontrer un enfant sévèrement négligé ou qui a un urgent besoin de soins médicaux à cause de cette négligence.	1	0,76
Être en danger de mort lors d'un sinistre (p.ex., incendie) causé par le suspect.	1	0,76
Utiliser du poivre de Cayenne sur un individu lorsque je suis en service.	5	3,79
Un collègue policier se fait tuer pendant son quart de travail alors que je suis absent du travail.	4	3,03

Être en danger de mort / craindre pour ma vie.	16	12,12
Être impliqué dans un accident de voiture.	2	1,50
Être obligé de tuer ou de blesser grièvement un animal lorsque je suis en service.	1	0,76
Découvrir le corps d'un ou de plusieurs enfants ou adolescents mort récemment.	6	4,55
Découvrir le corps d'un ou de plusieurs collègues policiers mort récemment.	3	2,27
Être impliqué dans une bagarre avec le(s) suspect(s).	8	6,06
Un collègue policier est menacé avec un couteau ou une autre arme.	2	1,50
Un collègue policier est menacé avec une arme à feu.	3	2,27
Un collègue policier est pris en otage.	1	0,76

Note. Les participants peuvent nommer plusieurs caractéristiques du tableau pour définir la nature de l'ÉT qu'ils ont vécu.

Tableau 15 - Émotions vécues pendant ou immédiatement après l'événement traumatique

Émotions vécues	<i>n</i>	%
Impuissance	93	70
Pendant l'événement	73	55
Après l'événement	50	38
Horreur	30	23
Pendant l'événement	25	19
Après l'événement	19	14
Peur intense	79	60
Pendant l'événement	64	48
Après l'événement	36	27
Colère	74	56
Pendant l'événement	44	33
Après l'événement	55	42
Honte	6	5
Pendant l'événement	2	1,5
Après l'événement	4	3
Culpabilité	31	23
Pendant l'événement	6	5
Après l'événement	29	22

Note. Les participants peuvent rapporter vivre des émotions à la fois pendant et après l'événement.

*Impact de l'événement sur la santé physique et mentale***Tableau 16 - Recours aux services médicaux et psychologiques (n = 132)**

Visites aux professionnels de la santé	%	M
Nombre de visites chez un professionnel de la santé physique ou mentale dans l'année précédant l'événement marquant		3,9
Aucune visite (n = 55)	41,7	
1 visite (n = 32)	24,2	
2 visites et plus (n = 45)	34,1	
Nombre de visites chez un professionnel de la santé physique ou mentale dans l'année suivant l'événement marquant		6
Aucune visite (n = 60)	45,5	
1 visite (n = 23)	17,4	
2 visites et plus (n = 49)	37,1	

% = pourcentage; M = moyenne

Tableau 17 - Conséquences de l'événement sur la santé physique des participants (n = 132)

Conséquences de l'événement sur la santé physique des participants	%
Présence de douleurs ou blessures physiques après l'événement (n = 20)	15,2
Perception de la sévérité des douleurs ou blessures	
Légère (n = 11)	55,0
Modérée (n = 4)	20,0
Sévère (n = 5)	25,0
Visites chez un médecin après l'événement (n = 12)	9,1

% = pourcentage

*Prévalence de l'ÉSA et de l'ÉSPT***Tableau 18 - Diagnostics de l'ÉSA et de l'ÉSPT selon le genre des participants (n = 132)**

Diagnostics	Femmes <i>n</i> = 19		Hommes <i>n</i> = 113	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
ÉSPT avant l'ÉT au travail				
Diagnostic clinique	3	15,8	3	2,7
Diagnostic partiel	2	10,5	6	5,3
ÉSA à la suite de l'ÉT au travail				
Diagnostic clinique	0	0	4	3,5
Diagnostic partiel	1	5,3	20	17,7
ÉSPT à la suite de l'ÉT au travail				
Diagnostic clinique	0	0	10	8,8
Diagnostic partiel	0	0	9	7,9
ÉSPT au moment de l'étude				
Diagnostic clinique	0	0	0	0
Diagnostic partiel	0	0	1	0,9

% = pourcentage

Tableau 25 - Résultats aux questionnaires et comparaison entre les policiers impliqués et non impliqués dans un événement traumatique

Facteurs	Policiers non impliqués (PNI) dans un ÉT (<i>n</i> = 27)		Policiers impliqués (PI) dans un ÉT (<i>n</i> = 132)		Tests et seuils de signification
	%	<i>M</i>	%	<i>M</i>	
Nombre d'événements stressants survenus en dehors du travail		4,6		4,98	$t(157) = -0,36, p > 0,05$
Présence d'événements traumatiques survenus en dehors du travail	55,6 (<i>n</i> = 15)		58,3 (<i>n</i> = 77)		$\chi^2(1, N = 159) = 0,71, p > 0,05$
Échelle de croyances					
Monde bienveillant		7,1		7,3	$t(157) = -0,79, p > 0,05$
Monde juste et logique		4,9		4,9	$t(157) = 0,36, p > 0,05$
Valeur personnelle		7,5		7,3	$t(157) = 0,74, p > 0,05$
Score total		6,4		6,4	$t(157) = 0,27, p > 0,05$
Personnalité résistante au stress					
Engagement		8,0		7,98	$t(157) = 0,03, p > 0,05$
Défi		6,9		6,5	$t(157) = 0,89, p > 0,05$
Contrôle		6,8		6,98	$t(157) = -0,82, p > 0,05$
Score total		7,2		7,2	$t(157) = 0,25, p > 0,05$
Stratégies de gestion du stress					
Tâche		7,2		7,1	$t(157) = 0,66, p > 0,05$
Émotion		3,2		3,5	$t(157) = -0,73, p > 0,05$
Évitement		3,8		4,1	$t(157) = -0,78, p > 0,05$
Distraction		2,9		3,2	$t(157) = -0,55, p > 0,05$
Diversion sociale		4,9		5,3	$t(157) = -0,78, p > 0,05$
Perception du soutien social positif reçu par un proche		6,3	—	—	—
Perception des interactions sociales négatives avec un proche			—	—	—
Critiques		2,3			
Évitement		1,0			
Score total		1,5			

% = pourcentage; *M* = moyenne

Note. Les données sur le soutien social ne peuvent être comparées entre les PI et les PNI

Tableau 26 - Troubles psychiatriques au moment de l'étude et passés et comparaison entre les policiers impliqués et non impliqués dans un événement traumatique

Facteurs	Policiers non impliqués (PNI) dans un ÉT (n = 27)		Policiers impliqués (PI) dans un ÉT (n = 132)		Tests et seuils de signification
	N	%	N	%	
État de stress post-traumatique					
Diagnostic clinique et partiel au moment de l'étude	0	0	1	0,8	Fisher, $p > 0,05$
Diagnostic clinique et partiel passé	1	3,7	20	15,2	Fisher, $p > 0,05$
Diagnostic clinique des troubles psychiatriques					
Trouble dépressif majeur au moment de l'étude	1	3,7	3	2,3	Fisher, $p > 0,05$
Trouble dépressif majeur passé	6	22,2	33	25,0	$\chi^2(1, N = 159) = 0,004, p > 0,05$
Troubles anxieux au moment de l'étude (incluant ÉSPT)	2	7,4	8	6,1	$t(157) = 0,10, p > 0,05$
Troubles anxieux passés (incluant ÉSPT)	4	14,8	13	9,8	$t(157) = -0,36, p > 0,05$
Abus/dépendance à l'alcool ou à d'autres substances au moment de l'étude	0	0	0	0	—
Abus/dépendance à l'alcool ou à d'autres substances passé	3	11,1	13	9,8	$t(157) = -0,03, p > 0,05$
Présence de troubles psychiatriques au moment de l'étude	2	7,4	9	6,8	Fisher, $p > 0,05$
Présence de troubles psychiatriques passés	10	37,0	51	38,6	$\chi^2(1, N = 159) = 0,02, p > 0,05$
Inventaire de la dépression de Beck-II					
Minime*	24	88,9	124	93,9	Fisher, $p > 0,05$
Légère	2	7,4	6	4,5	Fisher, $p > 0,05$
Modérée	0	0	1	0,8	Fisher, $p > 0,05$
Sévère	1	3,7	1	0,8	Fisher, $p > 0,05$
Présence de troubles psychiatriques chez un ou plusieurs membres de la famille	1	3,7	32	24,2	$\chi^2(1, N = 159) = 5,75, p < 0,05$

* Un score entre 0 et 13 à l'Inventaire de la dépression de Beck-II est considéré comme *minime*.

Tableau 27 - Recours aux services médicaux et psychologiques chez les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 27)

Visites aux professionnels de la santé	%
Nombre de visites chez un professionnel de la santé physique ou mentale au cours de la dernière année	
Aucune visite (n = 0)	0
1 visite (n = 6)	22,2
2 visites et plus (n = 21)	77,8

Question : *D'après vous, quels services les policiers aimeraient-ils recevoir lorsqu'ils vivent ce genre de situation (c.-à-d. un événement marquant)?*

Tableau 28 - Services que les policiers aimeraient recevoir selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 27)

Services	Les autres		Moi	
	n	%	n	%
Recevoir du soutien des collègues	26	96,30	26	96,30
Recevoir du soutien du superviseur ou du commandant	24	88,89	23	85,19
Se faire conseiller par un confrère qui a vécu la même chose	26	96,30	25	92,59
Consultation psychologique en individuel	23	85,19	22	81,48
Débriefing psychologique de groupe	25	92,59	24	88,89
Soutien familial	26	96,30	25	92,59
Débriefing psychologique individuel	21	77,78	21	77,78
Intégration du conjoint dans la thérapie	23	85,19	22	81,48
Services psychologiques pour la famille	24	88,89	20	74,07
Réaménagement des tâches de travail	18	66,67	12	44,44
Congé de maladie	24	88,89	18	66,67

Voici les façons de réaménager les tâches de travail proposées par les policiers qui ont répondu à cet item au tableau 28.

Tableau 29 - Réaménagement des tâches de travail selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 15)

Façons de réaménager les tâches de travail	<i>n</i>	%
Être consulté avant de réaménager les tâches / selon les besoins du policier	11	73,33
Effectuer des tâches cléricales / administratives/ ou autre fonction	3	20,00
Cela dépend de l'événement	2	13,33
Réaménagement temporaire / à court terme (durée non spécifiée)	1	6,67
Réaménagement pendant 1 à 2 semaines	1	6,67
Non spécifié	1	6,67

Tableau 30 - Durée du congé de maladie selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 20)

Durée du congé de maladie	<i>n</i>	%
Dépend des besoins du policier et de la situation vécue (durée variable)	14	70,00
Pas longtemps	1	5,00
2 à 3 jours	2	10,00
2 semaines	2	10,00
1-2 mois	1	5,00

Question : *Selon vous, qu'est-ce qui aide un policier à bien récupérer après un événement marquant?*

Tableau 31 - Stratégies, services, attitudes et comportements qui aident à récupérer après un événement marquant selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 27)

Stratégies, services, attitudes et comportements qui aident à récupérer	n	%
Rencontre avec un professionnel (psychologue, psychiatre, PAPP)	8	29,63
Obtenir le soutien ou en parler :		
À des gens non spécifiés	6	22,22
À des collègues	11	40,74
À de la famille et des amis	4	14,81
À des superviseurs	3	11,11
Prendre du recul face à l'événement pendant quelque temps	5	18,52
Continuer de travailler (tourner la page, oublier)	6	22,22
Avoir une bonne hygiène de vie (forme physique, condition financière, situation familiale)	1	3,70
Avoir une personnalité résistante au stress (confiant, calme)	2	7,41
Avoir une personnalité extravertie (parler, aller vers les gens, humour)	1	3,70
Être préparé mentalement	1	3,70

Question : Comment est-ce que les policiers en général pourraient être mieux préparés, mieux formés pour faire face à des événements marquants?

Tableau 32 - Moyens permettant aux policiers d'être mieux préparés, mieux formés pour faire face à des événements traumatiques selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique (n = 27)

Moyens	n	%
Augmenter la durée de la formation : au niveau académique, au niveau psychologique, intervention à haut risque et la formation spécifique à certaines situations	19	70,4
Exposer les policiers à des situations stressantes (mise en situation, simulation)	9	33,3
Favoriser la transmission du savoir des policiers d'expérience aux nouveaux policiers (p.ex., coaching et témoignages)	8	29,6
Avoir une bonne préparation mentale (p.ex., se faire des scénarios avant d'aller sur une intervention)	7	25,9
Donner des cours et organiser des rencontres sur la santé mentale, les réactions post-trauma, la gestion du stress par des psychologues et médecins :		
À intervalle régulier	6	22,2
Nombre de fois non spécifié	2	7,4
Former les cadres (officiers et sergents) à mieux intervenir auprès de leur équipe en cas de traumatisme	1	3,7
Rien ne peut mieux préparer un policier à faire face à des événements traumatiques	1	3,7
Avoir de meilleurs équipements	1	3,7
Avoir une bonne forme physique	1	3,7
Être bien informé sur les ressources disponibles aux policiers dans ces situations	2	7,4
Inciter les policiers à parler de leurs émotions	1	3,7

Question : Selon vous, quelles sont les réactions qu'un policier peut développer suite à un événement marquant?

Tableau 33 - Réactions possibles après un événement marquant selon les policiers non impliqués dans un événement traumatique

Réactions	<i>n</i>	%
Symptômes dépressifs (pleurs, difficultés de sommeil, perte d'appétit, perte d'intérêt, difficultés de concentration)	13	48,15
Changement au niveau du comportement et de l'humeur (irritabilité, colère, agressivité)	11	40,74
Évitement, détachement, isolement, insensibilité, banaliser l'événement.	6	22,22
Symptômes d'anxiété (peur de retourner au travail, peur de revivre une situation similaire, flashbacks, paranoïa, tremblements)	13	48,15
Répercussions au niveau familial et social	3	11,11
Remise en question, perte de confiance, se blâmer, avoir honte et se sentir coupable	12	44,44
Consommation (alcool, drogue)	2	7,41
Besoin de vengeance	1	3,70
Interférence au niveau professionnel (absentéisme, ne plus être capable de retourner sur la route, figer lors de situations semblables, faire de l'évitement)	8	29,63
Problèmes physiques	1	3,70
Dégoût face au métier de policier	1	3,70

ANNEXE II

Le débriefing psychologique est une intervention brève et précoce visant, entre autres, à prévenir ou diminuer les séquelles post-traumatiques. Il a été conçu pour être administré entre 24 et 72 heures après l'incident. Celui-ci ne devrait être effectué que lorsque les victimes sont prêtes émotionnellement (une fois l'état de choc, l'engourdissement émotionnel et le déni passés). Selon Mitchell [149], le débriefing doit être appliqué en sept étapes bien distinctes à l'intérieur d'une seule rencontre d'une durée d'une à trois heures. Les étapes proposées par Mitchell [149] sont les suivantes : 1) une *présentation* des intervenants, une explication du processus de débriefing, des objectifs, des règles et une exploration des attentes des participants; 2) une discussion des *faits* où chaque participant décrit, selon sa propre perspective, l'événement traumatique; 3) une discussion des *pensées* où chaque participant décrit les pensées suscitées par le trauma; 4) une discussion des *réactions* où chaque participant identifie ce qui a été le plus traumatique selon sa propre perspective; 5) une discussion des *symptômes* où chaque participant identifie les différents symptômes de détresse vécus; 6) de la *psychoéducation* sur les réactions normales de stress et sur les mécanismes d'adaptation; 7) un moment consacré à la clarification des imprécisions possibles, préparation pour la *fin de la rencontre* et orientation des personnes qui en ont besoin vers une aide professionnelle supplémentaire. On retrouve quelques variantes à ce modèle de base, mais les objectifs demeurent toutefois les mêmes : diminuer le niveau de détresse à la suite de l'événement traumatique, prévenir l'apparition de séquelles psychologiques telles qu'un état de stress aigu ou un ÉSPT, accélérer la récupération psychologique des victimes, faciliter l'expression émotionnelle et identifier rapidement les personnes qui auraient besoin d'une aide psychologique supplémentaire.

Le débriefing est de plus en plus intégré dans les organisations où le personnel est à haut risque de vivre des ÉT dans leur milieu de travail, mais est également appliqué à la population générale qui subit des traumatismes. Toutefois, son efficacité à prévenir l'ÉSPT semble très limitée malgré l'appréciation subjective de la majorité des individus qui y participent [142, 150, 151].

Utilité et satisfaction du débriefing psychologique

Parmi les policiers de notre étude ayant reçu un débriefing psychologique à la suite de l'ÉT, plus de la moitié (60 %) précisent que cette intervention les a aidés à mieux composer avec la situation. Cette information ne permet pas de savoir si cette stratégie les a aidés à prévenir l'ÉSPT. Par ailleurs, 80 % de l'ensemble des policiers indiquent qu'ils aimeraient recevoir un débriefing psychologique advenant la survenue d'un autre événement marquant. Ces résultats confirment que la majorité des policiers perçoivent positivement cette assistance, la trouve aidante et aimeraient recevoir cette aide le cas échéant. Même si le débriefing psychologique ne s'est pas avéré efficace dans les études empiriques pour empêcher les réactions de stress post-traumatique, celui-ci peut avoir d'autres utilités. En effet, le débriefing peut être perçu par les participants comme une forme de reconnaissance sociale offerte par l'organisation de ce qui leur est arrivé. Lorsque le débriefing est implanté au sein d'une entreprise, les employés peuvent percevoir que leur santé mentale et leur bien-être psychologique sont importants aux yeux de leur employeur [142]. Par contre, d'autres stratégies peuvent être implantées par l'entreprise afin de générer un sentiment d'appartenance et de favoriser le sentiment d'être soutenu par l'employeur. De plus, le débriefing permet de valider la souffrance que les employés peuvent ressentir. Ces affirmations vont dans le même sens que les propos des psychologues du PAPP qui mentionnent que les participants du débriefing semblent être satisfaits et se sentir ainsi appréciés et soutenus par le SPVM (N. Martin, communication personnelle, 28 février 2008). Plus spécifiquement, les

policiers rapportent aux psychologues que le débriefing psychologique permet de les apaiser, de recadrer leurs perceptions et de donner un sens à l'événement (N. Martin, communication personnelle, 28 février 2008). Les tenants du débriefing psychologique organisationnel mentionnent qu'il pourrait permettre de réduire les coûts reliés à l'absentéisme, à la maladie et au roulement de personnel [142]. Dans les faits, les impacts du débriefing à ce niveau sont difficilement mesurables puisque c'est seulement une minorité d'individus qui développeront un ÉSPT après un ÉT. Par ailleurs, le débriefing psychologique pourrait avoir d'autres utilités, comme favoriser la normalisation des réactions, la verbalisation des expériences, l'amélioration de la cohésion et du soutien du groupe ainsi que d'aider au moral des participants [149]. Toutefois, ces aspects n'ont pas été étudiés empiriquement [142]. De plus, les études ne permettent pas à l'heure actuelle de se prononcer sur l'efficacité du débriefing à dépister les individus plus à risque en vue de leur offrir des interventions plus spécifiques [142]. En effet, une méta-analyse des auteurs Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch et Emmelkamp [151], impliquant un ensemble de 542 participants, a été publiée en 2002. Contrairement à ce que plusieurs auraient pensé, les résultats ont révélé que le débriefing n'est pas plus efficace que le simple passage du temps pour réduire les symptômes post-traumatiques. Plus encore, ils ont démontré que cette intervention a tendance à aggraver ces mêmes symptômes. En ce qui a trait aux réactions non reliées directement au trauma, notamment les symptômes dépressifs, la méta-analyse a une fois de plus mis en lumière l'absence d'effet positif pour le débriefing.

Ainsi, il convient de demeurer très prudent dans l'application du débriefing psychologique en groupe si l'objectif de l'application de cette stratégie consiste à prévenir les réactions de stress post-traumatiques. Il est possible qu'une intervention psychologique de courte durée (de 1 à 5 sessions) en face-à-face et en individuel, en plus d'être adaptée au besoin du policier ou de la policière soit tout aussi efficace et même plus efficace qu'un débriefing administré en groupe ou en individuel. En fait, on peut interpréter la satisfaction des policiers envers le débriefing psychologique comme l'impression d'être encadré, de se sentir soutenu par l'organisation, de pouvoir obtenir certaines informations sur les réactions post-traumatiques et d'avoir accès à une aide psychologique.

Recommandations concernant l'application du débriefing psychologique

Il importe de savoir que les personnes qui font preuve de résilience à la suite d'un ÉT et qui démontrent peu ou pas de réactions post-traumatiques n'ont pas nécessairement besoin d'un débriefing psychologique, car celui-ci peut nuire à la résilience naturelle des individus [152]. À la lumière de ces informations, il est pertinent de se demander si les intervenants doivent rencontrer et traiter toutes les victimes d'un ÉT ou seulement les individus à risque de développer un ÉSPT? Il ne faut pas perdre de vue que la majorité des victimes exposées à un ÉT récupèrent rapidement et s'adaptent assez bien après une certaine période de temps même si elles vivent de fortes réactions post-traumatiques dans les jours qui suivent l'événement.

Récemment, des recommandations basées sur les données probantes ont été émises en ce qui a trait à l'application du débriefing psychologique pour l'ÉSPT. Les guides pratiques du NICE [100], du ACPMH [101] et de l'APA [102] ne recommandent pas d'offrir un débriefing psychologique d'une seule séance en format individuel et de groupe à tous les individus exposés à un trauma. Les recherches démontrent l'incapacité du débriefing à prévenir l'ÉSPT et parfois l'application de cette stratégie génère même des réactions négatives [142]. Ainsi, un débriefing

portant directement sur l'ÉT et incluant la ventilation des émotions ou la narration de ce qui s'est passé n'est pas une intervention routinière recommandée [100-102]. Il est plutôt recommandé d'offrir, lorsque nécessaire et ce, à toutes les personnes touchées par l'événement du soutien social et des conseils (c.-à-d. de la réassurance sur la détresse vécue, de la psychoéducation, du soutien tangible et émotionnel) dans le premier mois suivant l'événement et non pas systématiquement entre 24 et 72 heures après l'événement [100-102]. Une assistance additionnelle devrait être fournie selon les besoins des individus.

Nous formulons certaines recommandations aux psychologues qui interviennent auprès de gens qui vivent des ÉT. Après un ÉT, ceux-ci devraient offrir les « premiers soins psychologiques », c'est-à-dire répondre aux besoins de la personne, offrir de l'information sur les ressources disponibles et les réactions possibles, apporter du soutien de manière non interventionniste (c.-à-d. respecter la personne qui souhaite ne pas parler, adopter une attitude d'acceptation et de validation) [142]. Par ailleurs, il faut mettre en place des procédures de dépistage régulières et efficaces basées sur les données empiriques. L'intervenant peut ainsi en profiter pour évaluer brièvement la présence de facteurs de risque et de protection afin de dépister l'ÉSPT et de déterminer la nature du suivi envisageable. Les intervenants devraient garder en tête que la ventilation excessive des émotions par les individus en grande détresse peut être aversive ou inefficace. Bref, l'intervention doit être individuelle et adaptée en fonction des besoins des individus.

En conclusion, bien que la recherche sur le débriefing soit encore à un stade embryonnaire, elle progresse rapidement. En attendant l'obtention de réponses qui ne devraient pas tarder à arriver, la prudence demeure le mot d'ordre. En effet, il ne faut pas oublier que l'examen des conséquences possibles à la suite de l'exposition à un incident potentiellement traumatique révèle, d'une part, que les victimes ne développent pas nécessairement un ÉSPT et, d'autre part, que des effets positifs peuvent même résulter d'une telle expérience et augmenter la résilience future des personnes exposées. L'expérience d'un trauma n'est donc pas nécessairement négative et ne débouche pas systématiquement sur un ÉSPT, bien au contraire. Ces données soulèvent la question de la pertinence d'offrir un traitement à tous, coûte que coûte.