

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INFLUENCE DE LA PRÉSENCE AU PROCÈS, DES FACTEURS LIÉS AU PROCÈS ET DU SOUTIEN
SOCIAL PERÇU SUR LA SANTÉ MENTALE DES PROCHES ENDEUILLÉS PAR HOMICIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

SARAH LABEL

AVRIL 2026

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite souligner l'accompagnement et le soutien précieux de ma directrice de thèse, Dre Pascale Brillon. À notre toute première rencontre en 2019, déjà j'apprenais à tes côtés l'importance de travailler avec passion, et surtout, avec cœur. Ce sont ces deux ingrédients qui ont marqué mon parcours doctoral et qui guideront certainement la suite de mon parcours professionnel. Je te remercie sincèrement pour cette opportunité et pour ta disponibilité tout au long de ce processus. J'aimerais également souligner le soutien de mes collègues de laboratoire, surtout Olivier et Myriam, avec qui j'ai formé de beaux liens au cours des six dernières années.

Je tiens à remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), le Fonds de recherche du Québec sur la société et la culture (FRQSC) ainsi que le Fonds dédié à l'aide aux personnes victimes d'infractions criminelles (FAVAC) pour le financement obtenu durant mes études doctorales.

J'aimerais aussi souligner le soutien inestimable de mes proches à travers cette aventure. Merci à mes parents qui m'ont toujours offert les outils nécessaires pour surmonter les défis et les obstacles très tôt dans mon parcours académique. Merci également à ma sœur Carolane et mon frère Yannick, qui, depuis toujours, m'inspirent à faire preuve de dépassement de soi. Merci à ma douce belle-famille, Johanne, Xavier, Alexandra et Daniel, d'avoir pris le temps de souligner chaque étape franchie de mon doctorat. Merci à ma famille choisie, mes amis de toujours, Maxime-Olivier, Élisabeth, Justine, Léa et Gabrielle. Merci pour votre bienveillance, vos rires et vos folies qui m'ont permis à plusieurs reprises de reprendre mon souffle au cours de cette aventure.

J'aimerais finalement remercier mon amoureux et partenaire de vie depuis maintenant 13 ans, Olivier. Dès le début du baccalauréat en psychologie, il y a maintenant presque 10 ans, tu as embarqué sans hésitation avec moi dans ce projet que nous considérons tous les deux assez audacieux. Depuis toutes ces années, tu m'as offert ton soutien inconditionnel. Tu n'as jamais arrêté de croire en moi, même lorsque je doutais de ma capacité à y arriver. C'est grâce à toi que j'y suis arrivée.

DÉDICACE

À François, qui, durant cette aventure, m'a appris à affronter la réalité. Merci de m'avoir partagé ton amour du savoir, ta générosité, et surtout, ta résilience à surmonter l'inévitable.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
DÉDICACE.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ	x
ABSTRACT	xii
CHAPITRE 1 INTRODUCTION GÉNÉRALE	14
1.1 Morts traumatiques et homicides (définitions et prévalences).....	14
1.2 Définition et caractéristiques des proches endeuillés par homicide	15
1.3 Répercussions psychologiques de l’homicide sur la vie des proches endeuillés	16
1.4 Santé mentale des PEH.....	17
1.4.1 Symptômes de TSPT des PEH.....	17
1.4.2 Satisfaction envers la vie des PEH.....	19
1.5 Variabilité entre les PEH dans la prévalence des symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie	20
1.6 Facteurs explicatifs de la santé mentale des PEH.....	20
1.7 Un événement significatif post-homicide : le procès.....	21
1.7.1 Répercussion de la présence au procès et des facteurs liés à celui-ci sur la santé mentale des PEH	24
1.7.1.1 Impact de la présence au procès sur la santé mentale des PEH.....	24
1.7.1.2 Facteurs liés au procès et santé mentale des PEH.....	26
1.7.1.2.1 Perceptions de justice et santé mentale des PEH.....	26
1.7.1.2.2 Détresse lors du procès et santé mentale des PEH	29
1.7.1.2.3 Insatisfaction envers le verdict et santé mentale des PEH	29
1.8 Soutien social et santé mentale des PEH.....	30
1.9 Interaction entre la présence au procès et le soutien social perçu chez les PEH	34
1.10 Originalité de la thèse	35
1.11 Présentation générale de la thèse et des objectifs.....	36

CHAPITRE 2 ARTICLE 1: MENTAL HEALTH OF HOMICIDALLY BEREAVED INDIVIDUALS: A SYSTEMATIC REVIEW OF POST-HOMICIDE FACTORS.....	39
2.1 Abstract.....	40
2.2 Introduction.....	40
2.3 Method.....	43
2.4 Results.....	45
2.5 Discussion.....	58
2.6 References.....	62
CHAPITRE 3 ARTICLE 2: PTSD SYMPTOMS AND LIFE SATISFACTION OF HOMICIDALLY BEREAVED INDIVIDUALS: TRIAL ATTENDANCE, TRIAL-RELATED FACTORS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT.....	70
3.1 Abstract.....	71
3.2 Introduction.....	71
3.3 Method.....	77
3.4 Results.....	81
3.5 Discussion.....	86
3.6 References.....	92
CHAPITRE 4 DISCUSSION GÉNÉRALE.....	98
4.1 Rappel des objectifs poursuivis.....	98
4.2 Synthèse et intégration des résultats.....	99
4.2.1 Article 1.....	99
4.2.1.1 Rôle des facteurs post-homicides étudiés: analyse des résultats de la littérature.....	100
4.2.1.2 Analyse des forces et des limites de la recension et des études recensées.....	103
4.2.1.3 Analyse du risque de biais.....	106
4.2.2 Article 2.....	107
4.3 Implications théoriques, cliniques et sociales.....	112
4.3.1 Implications théoriques.....	112
4.3.2 Implications cliniques.....	112
4.3.3 Implications sociales.....	119
4.4 Forces et limites de la thèse et pistes de recherches futures.....	121
4.4.1 Forces de la thèse.....	121

4.4.2	Limites de la thèse et pistes de recherche futures	123
4.5	Transfert des connaissances	124
	CONCLUSION	126
	ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	128
	ANNEXE B QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	134
	ANNEXE C POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST FOR DSM-5.....	152
	ANNEXE D SATISFACTION WITH LIFE SCALE	156
	ANNEXE E MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT	158
	ANNEXE F ORGANIZATIONAL JUSTICE SCALE.....	162
	ANNEXE G DISSATISFACTION WITH THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM AND DISTRESS DURING THE TRIAL	167
	ANNEXE H CRITICAL APPRAISAL TOOL TO ASSESS THE QUALITY OF CROSS-SECTIONAL STUDIES (AXIS) .	169
	ANNEXE I CERTIFICATS D'APPROBATION ET DE RENOUVELLEMENT ÉTHIQUE	170
	RÉFÉRENCES.....	177

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Flowchart of the Search Process, Adapted from the Recommendations of the PRISMA Guidelines	45
Figure 3.1 Changes in PTSD Symptoms as a Function of Perceived Social Support and Trial Attendance .	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Characteristics, Results, and Quality Assessments of Included Studies ($n = 35$)	47
Tableau 3.1 Descriptive Statistics and Group Comparisons	82
Tableau 3.2 Relationships Between Trial-Related Factors, Perceived Social Support, PTSD Symptoms and Life Satisfaction Among HBI Who Attended a Trial ($n = 63$).....	83
Tableau 3.3 Relationships Between Perceived Social Support, Time Since the Homicide, PTSD Symptoms and Life Satisfaction for the Total Sample of HBI ($N = 149$)	83
Tableau 3.4 HML Regression Analyses with Perception of Justice.....	85
Tableau 3.5 HML Regression Analyses with Distress During the Trial and Dissatisfaction with the Verdict	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
AXIS	Appraisal tool for Cross-Sectional Studies
CG	Complicated grief
CJS	Criminal justice system
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HBI	Homicidally bereaved individuals
HML	Hierarchical multiple linear
HRM	Hierarchical regression model
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IVAC	Indemnisation des victimes d'actes criminels
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
OJS	Organizational Justice Scale
PCL	PTSD Checklist
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5
PCL-C	PTSD Checklist-Civilian Version
PEH	Proches endeuillés par homicide
PG	Prolonged grief
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROSPERO	International prospective register of systematic reviews
PSS	Perceived social support
PTS	Posttraumatic stress
PTSD	Posttraumatic stress disorder
RT	Restorative telling
SJC	Système de justice criminelle
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TCC	Thérapie cognitive comportementale
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

RÉSUMÉ

La perte tragique, violente et imprévisible d'un être cher constitue un événement particulièrement dévastateur pour les proches endeuillés (Kristensen *et al.*, 2012). La santé mentale des proches endeuillés par homicide (PEH) semble particulièrement précaire comparativement à celle des proches endeuillés à la suite d'un accident, d'un suicide ou d'une mort non-traumatique (Murphy *et al.*, 1999, 2003). Les quelques études ayant examiné la santé mentale post-homicide montrent des niveaux élevés de détresse chez les proches endeuillés, mais surtout une grande variabilité entre ces derniers quant à la prévalence de leurs symptômes de TSPT (p. ex., van Denderen *et al.*, 2015). Afin de mieux comprendre cette variabilité, la présente thèse s'est intéressée à un stressor tout particulier à la population de PEH, soit le procès de la personne accusée de ce crime. Ce stressor est souvent vécu par ces proches, notamment dans l'espoir d'obtenir justice (Herman, 2003; Rossi et Cario, 2013). En concordance avec le modèle de la justice organisationnelle de Colquitt (2001), les facteurs spécifiques au procès (c.-à-d., perceptions de justice, détresse lors du procès, insatisfaction envers le verdict) ont aussi été examinés. En plus de ce stressor spécifique, de nombreux modèles théoriques ont montré l'importance du soutien social perçu dans l'adaptation psychologique à un événement traumatique ou stressant, dont le modèle sociocognitif de l'adaptation aux stressors de Lepore (2001).

Cette thèse vise donc l'exploration du rôle des facteurs post-homicides dans la santé mentale des proches endeuillés en se penchant surtout sur la présence au procès et les facteurs associés à ce dernier. Structurée en quatre chapitres, cette thèse comprend une introduction, deux articles (dont une recension systématique de la littérature et une étude transversale quantitative) et une discussion générale.

La première étude présente une recension systématique des recherches menées concernant les facteurs post-homicides liés à la santé mentale des PEH. Cette recension a été publiée dans le journal *OMEGA-Journal of Death and Dying* et inclut un total de 35 études. Les facteurs post-homicides ont été classés selon six catégories, soit 1) les facteurs liés au système de justice criminelle (SJC), 2) sociaux, 3) liés aux stratégies d'adaptation, 4) cognitifs, 5) émotionnels, et 6) autres. Elle permet d'évaluer également les risques de biais présents dans les études recensées, de souligner les forces et les lacunes de la recherche existante et d'offrir des recommandations pour les études futures.

La deuxième étude quantitative transversale, publiée dans le journal *Homicide Studies*, permet de mesurer: 1) les différences de moyennes des indicateurs de santé mentale et des facteurs post-homicides (c.-à-d., soutien social perçu, temps écoulé depuis l'homicide) entre les PEH présents au procès et ceux absents à celui-ci, 2) le rôle modérateur de la présence au procès sur la relation entre le soutien social perçu et la santé mentale des PEH et 3) les relations entre les facteurs liés au procès (c.-à-d., perceptions de justice, détresse lors du procès, insatisfaction envers le verdict), le soutien social perçu et la santé mentale des PEH ayant été présents au procès. Les résultats de cette étude soutiennent l'effet modérateur de la présence au procès sur la relation entre le soutien social perçu et les symptômes de TSPT. Par conséquent, le soutien social perçu comme positif aurait un effet protecteur sur les symptômes de TSPT, et ce, uniquement pour les PEH ayant été présents au procès. De plus, les facteurs liés au procès semblent expliquer une part significative de la variance de la santé mentale post-homicide des proches endeuillés ayant été présents au procès, et ce, au-delà du soutien social perçu et du temps écoulé depuis l'homicide. Finalement, le rôle significatif du soutien social perçu est montré dans toutes les analyses de cette thèse.

En conclusion, cette thèse vise à améliorer la compréhension du rôle des facteurs post-homicides de la santé mentale des proches endeuillés. Elle s'intéresse tout particulièrement à la spécificité de l'expérience post-homicide en examinant la présence au procès et les facteurs associés à ce dernier. Les données découlant de cette thèse pourraient guider les professionnels en santé mentale et les travailleurs du système de justice criminelle (SJC) dans les stratégies qu'ils adoptent lorsqu'ils accompagnent les PEH avant, pendant et après le procès. Les recommandations cliniques et sociales suggèrent une adaptation des services psychologiques offerts aux PEH dans le but de mieux répondre à leurs besoins. Ces résultats pourront aussi orienter les chercheurs à approfondir des aspects de l'expérience post-homicide peu explorés jusqu'à aujourd'hui et à pallier les lacunes des études antérieures.

Mots clés : proches endeuillés par homicide, facteurs post-homicides, présence au procès, facteurs liés au procès, santé mentale, symptômes de TSPT, satisfaction envers la vie, soutien social perçu, temps écoulé depuis l'homicide

ABSTRACT

The tragic, violent and unpredictable death of a loved one is a particularly devastating experience for the family members (Kristensen et al., 2012). The mental health problems are markedly more severe among homicidally bereaved individuals (HBI) than other bereaved populations, such as those bereaved by suicide, accident, or non-traumatic death (Boelen et al., 2015; Murphy et al., 1999, 2003). The few studies that have examined post-homicide mental health showed that HBI often report elevated levels of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and reduced life satisfaction (Simmons et al., 2014; van Denderen et al., 2015). They also revealed significant variations among HBI in the intensity of their psychological distress. To identify the factors responsible for these variations, the thesis focused on a unique post-homicide experience, namely trial attendance. This specific stressor is often experienced by HBI, particularly in the hope of obtaining justice (Herman, 2003; Rossi et al., 2013). In line with the model of organizational justice of Colquitt (2001), trial-related factors (i.e., perceptions of justice, distress during the trial, dissatisfaction with the verdict) were also examined. In addition to this specific stressor, numerous theoretical models have shown the importance of perceived social support in the psychological adaptation to traumatic or stressful events, including the social-cognitive processing model of emotional adjustment of Lepore (2001).

Therefore, the aim of this thesis is to explore the role of post-homicide factors in the mental health (PTSD symptoms and life satisfaction) of HBI, with a particular focus on trial attendance and trial-related factors. Structured in four chapters, this thesis includes an introduction, two articles (a systematic literature review and a cross-sectional study) and a general discussion.

The first study presents a systematic review of findings on post-homicide factors related to the mental health of HBI. This systematic review was published in the *OMEGA-Journal of Death and Dying* and includes a total of 35 studies. Post-homicide factors were classified into six categories: 1) criminal justice system (CJS) related, 2) social, 3) coping strategies related, 4) cognitive, 5) emotional and 6) others. It also assesses the risks of bias of each article, highlights the strengths and gaps in existing research, and offers recommendations for future studies.

The second article, a cross-sectional study, was published in the journal *Homicide Studies* and measures: 1) the mean differences of mental health indicators (PTSD symptoms and life satisfaction) and post-homicide factors (i.e., social support, time since the homicide) between HBI who attended at trial and those who did not, 2) the moderating role of trial attendance on the relationship between perceived social support and mental health of HBI, and 3) the relationships between trial-related factors (i.e., perceptions of justice, distress during the trial, dissatisfaction with the verdict), perceived social support and mental health of HBI who attended a trial. The results of this study support the moderating effect of trial attendance on the relationship between perceived social support and PTSD symptoms. Therefore, social support perceived as positive has a protective effect for PTSD symptoms only for HBI who attended a trial. Furthermore, among HBI who attended a trial, trial-related factors appear to explain a significant proportion of the variance in post-homicide mental health beyond the contribution of perceived social support and time since the homicide. Finally, the significant role of perceived social support is shown in all analyses in this thesis.

In conclusion, this thesis aims to clarify our understanding of the role of post-homicide factors in the mental health of HBI. More specifically, it focuses on a specific stressor often experienced by HBI, i.e., trial attendance. The data derived from this thesis could help mental health professionals prepare a more adequate treatment plan for reducing the distress and improving the well-being of HBI. Furthermore, it suggests the importance of training criminal justice system (CJS) workers about the characteristics of this population. Overall, the clinical and social recommendations suggest adapting the psychological services offered to HBI to better meet their needs. This thesis could also guide researchers in exploring aspects of the post-homicide experience that have been little explored to date, and in filling the gaps in the current literature.

Keywords: homicidally bereaved individuals, post-homicide factors, trial attendance, trial-related factors, mental health, symptoms of posttraumatic stress disorder, life satisfaction, perceived social support, time since the homicide

CHAPITRE 1

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au cours des dix dernières années, nous estimons qu'entre 45102 et 75170 Canadiens ont été gravement affectés par la mort par homicide d'un de leur proche (Statistiques Canada, 2024). À la suite de l'homicide, plusieurs sphères de vie des proches endeuillés sont sévèrement affectées, notamment sur le plan psychologique. Effectivement, les proches endeuillés par homicide (PEH) rapportent des niveaux élevés de symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et une faible satisfaction envers leur vie (Simmons *et al.*, 2014; van Denderen *et al.*, 2015). Les études portant sur la santé mentale des PEH montrent non seulement que cette population est souffrante, mais elles mettent surtout en évidence une grande variabilité entre les PEH quant à la prévalence des symptômes de TSPT qu'ils rapportent.

Afin de mieux comprendre cette variabilité, la présente thèse s'est intéressée à un facteur de stress tout particulier à la population de PEH, soit le procès de la personne accusée de l'homicide (Herman, 2003, Rossi et Cario, 2013). Au-delà de la simple présence au procès, nous avons examiné les effets des perceptions de justice, la détresse durant le procès et l'insatisfaction envers le verdict. Ce projet nous a permis de mesurer la contribution des facteurs post-homicides spécifiques à la santé mentale des proches endeuillés et d'envisager des implications cliniques et sociales concrètes, dans un contexte où peu de traitements adaptés existent actuellement.

Dans le présent chapitre, nous présenterons et détaillerons les différents types de morts traumatiques, la définition de l'homicide au Canada, les taux de prévalence des homicides perpétrés, la définition et les caractéristiques des PEH, les répercussions de l'homicide sur la santé mentale des proches endeuillés (symptômes de TSPT et satisfaction envers la vie), les divers modèles explicatifs de Colquitt (2001) et de Lepore (2001) et l'état de la littérature sous-jacente pour finalement terminer avec les objectifs et sections de cette thèse.

1.1 Morts traumatiques et homicides (définitions et prévalences)

Les morts traumatiques se distinguent des morts non traumatiques ou « naturelles » en raison de leur nature violente, tragique, contre nature, souvent soudaine et imprévisible (Brillon, 2025; Kristensen *et al.*, 2012). La recherche a montré qu'entre 40 et 50 % des personnes qui ont perdu un proche de façon

« naturelle » ont tendance à se rétablir et à rapporter des niveaux élevés de fonctionnement psychologique et physique dans les premiers 12 mois suivants la perte de leur proche (Bonanno et Mancini, 2008). Or, ce n'est pas toujours le cas pour les proches qui vivent la perte d'un proche de façon traumatique, notamment par homicide. La perte d'un proche par homicide constitue un type particulier de mort traumatique qui se distingue notamment de la perte violente d'un proche par accident et par suicide (Murphy *et al.*, 2003). Plus particulièrement, la perte d'un proche par homicide se distingue par l'action d'une autre personne à causer la mort, parfois de façon intentionnelle, ce qui peut complexifier le processus de deuil, notamment en entravant la construction d'un sens au décès (Armour, 2007).

Selon le *Code criminel* canadien (L.R.C. (1985), ch. C-46.), l'homicide est défini comme l'action de causer la mort d'un être humain, par quelques moyens que ce soit, directement ou indirectement. Le Code criminel canadien distingue trois types d'homicide coupable : le meurtre, l'homicide involontaire et l'infanticide. Le meurtre survient lorsque la personne 1) cause la mort d'un être humain, ou 2) a l'intention de causer sa mort ou a l'intention de lui causer des lésions corporelles qu'elle sait être de nature à causer sa mort, ou 3) accomplit un acte qu'elle sait potentiellement mortel même si son intention n'est pas de tuer ou blesser. L'homicide involontaire coupable, quant à lui, réfère à une mort causée dans un accès de colère, consécutif à une provocation soudaine sans préméditation ni délibération. Enfin, l'infanticide désigne l'acte par lequel une personne cause volontairement la mort de son nouveau-né, par action ou omission.

Les données épidémiologiques pour la seule année 2023 font état de 778 homicides déclarés par la police et perpétrés au Canada, dont 101 homicides perpétrés au Québec (Statistiques Canada, 2024). Au cours des dix dernières années, le Canada aurait enregistré un total de 7517 homicides (Statistiques Canada, 2024).

1.2 Définition et caractéristiques des proches endeuillés par homicide

Comment mieux comprendre les caractéristiques des personnes affectées par les 7517 homicides perpétrés au Canada au cours des dix dernières années? Ces personnes ont été désignées de manière peu uniforme sous différents termes dans la littérature scientifique (Rossi, 2008), tels que « survivants par homicide » (Baguley *et al.*, 2020; Monk *et al.*, 2003; Milman *et al.*, 2018), « membres de la famille survivants » (Asaro et Clements, 2005), « co-victimes d'homicide » (Stretesy *et al.*, 2010), « proches de victimes d'homicide » (Cléroux-Desmarais et Dubé, 2023) ou « personnes endeuillées par homicide » (Alves-Costa *et al.*, 2018; Malone, 2007). Certains auteurs font référence à la « famille immédiate » de la

personne assassinée (p. ex., Alves-Costa *et al.*, 2018) alors que d'autres incluent aussi les amis, les voisins, les collègues ou toute autre personne ayant entretenu un lien significatif avec la personne assassinée (p. ex., Armour et Umbreit, 2012; Cléroux-Desmarais et Dubé, 2023).

Au Québec, une définition consensuelle est celle de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (2025) qui désigne les proches de la personne assassinée comme étant « la ou le partenaire amoureux, le père et la mère ou la personne lui tenant lieu de père ou de mère, l'enfant, le frère et la sœur, le grand-père et la grand-mère et les petits-enfants ». Dans la présente thèse, cette définition a été retenue et désignera les proches endeuillés par homicide (PEH) afin d'homogénéiser notre échantillon. Cette conceptualisation a d'ailleurs été utilisée dans plusieurs études empiriques antérieures (p. ex., Amick-McMullan *et al.*, 1991; Armour, 2002; Milman *et al.*, 2018; Sharpe *et al.*, 2013).

Entre six et dix membres de la famille sont gravement affectés par homicide (Redmond, 1989; Rossi et Cario, 2013). Par conséquent, on estime qu'entre 45102 et 75170 Canadiens ont été profondément affectés par la mort par homicide d'un de leur proche au cours des dix dernières années.

1.3 Répercussions psychologiques de l'homicide sur la vie des proches endeuillés

Les études montrent que les personnes ayant perdu un proche par mort traumatique rapportent davantage de problèmes de santé mentale (p. ex., symptômes post-traumatiques) que les personnes ayant perdu un proche par mort non traumatique (Boelen *et al.*, 2015). Cette différence pourrait être expliquée par la difficulté accrue à donner un sens à la mort traumatique, par sa nature imprévisible, violente, intentionnelle et par sa capacité à ébranler les croyances fondamentales que les individus entretiennent envers eux-mêmes, les autres et le monde (p. ex., sentiment d'injustice; Currier *et al.*, 2006; Janoff-Bulman, 1992).

Plusieurs sphères de vie des PEH semblent gravement affectées à la suite de l'homicide, notamment sur le plan psychologique, mais aussi professionnel, financier, relationnel et social (Casey, 2011; Connolly et Gordon, 2015). Certaines données montrent que ces proches endeuillés peuvent éprouver des difficultés à garder ou reprendre le travail après la perte et à s'adapter à de nouveaux rôles et responsabilités, ce qui peut engendrer une perte de revenus (Casey, 2011). De plus, près de la moitié des couples endeuillés par homicide auront tendance à vivre des problèmes conjugaux pouvant mener au divorce (Casey, 2011). Les PEH sont souvent confrontés à une forte attention médiatique, peuvent être impliqués dans l'investigation

de la police ou être appelés à assister au procès de la personne accusée (p. ex., Gekoski *et al.*, 2013). Selon une étude qualitative, les PEH peuvent ressentir une importante perte de contrôle sur leur vie, remettre en question leur sécurité personnelle et éviter les situations associées à l'homicide (Mastrocinque *et al.*, 2015). Johnston-Way et O'Sullivan (2016) rapportent que les effets délétères de l'homicide sur les PEH peuvent persister pendant plusieurs années, voire tout le reste de leur vie.

Jusqu'à maintenant, la recherche sur la santé mentale des PEH est relativement récente et moins développée que celle portant sur les proches endeuillés par accident ou par suicide. Pourtant, certaines études suggèrent que les PEH pourraient manifester une détresse psychologique encore plus marquée que d'autres populations endeuillées par mort traumatique (Murphy *et al.*, 1999, 2003). Outre les symptômes de deuil prolongé, dépressifs ainsi que les comportements à risque tels que la consommation d'alcool à risque ou abusive (Milman *et al.*, 2018; McDevitt-Murphy *et al.*, 2021), le trouble de stress post-traumatique (TSPT) constitue l'un des diagnostics le plus fréquemment rapportés chez les PEH.

1.4 Santé mentale des PEH

1.4.1 Symptômes de TSPT des PEH

Le TSPT découle de l'exposition à un événement traumatique (c.-à-d., mort, menace de mort, blessures graves ou violences sexuelles; American Psychiatric Association, 2022) de façon directe (p. ex., avoir vécu ou été témoin d'un événement traumatique) ou indirecte (p. ex., apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un proche). Les symptômes de TSPT sont regroupés en quatre catégories. La première catégorie, le groupe B, constitue les symptômes intrusifs, soit des reviviscences récurrentes, involontaires et intrusives de l'événement traumatique, des rêves désagréables récurrents à propos de cet événement, des *flashbacks* (c.-à-d., des éléments de l'événement sont revécus et la personne ressent et se comporte comme si l'événement se reproduisait), de la détresse psychologique intense ou une réactivité physiologique lors de l'exposition à un élément associé à l'événement traumatique. La deuxième catégorie, le groupe C, réfère à l'évitement des stimuli internes et externes associés à l'événement traumatique incluant l'évitement des pensées, souvenirs, émotions et sensations physiques de ce dernier. Des lieux, situations, personnes, conversations ou objets associés à cet événement peuvent également être évités. La troisième catégorie, le groupe D, désigne les altérations négatives des pensées, des émotions ou de l'humeur associées à l'événement traumatique. Cela inclut une incapacité à se souvenir de l'événement, des croyances (parfois négatives, exagérées et persistantes) sur les causes ou les conséquences de

l'événement (p. ex., blâme de soi ou des autres), sur soi-même, les autres ou l'avenir, une humeur négative persistante (p. ex., peur), une diminution marquée de l'intérêt à des activités auparavant plaisantes, un sentiment de détachement face aux proches ainsi qu'une incapacité à ressentir des émotions agréables. La dernière catégorie, le groupe E, réfère aux altérations sur le plan de l'éveil et de la réactivité. Cela se manifeste par une irritabilité marquée, de l'agressivité physique ou verbale hors norme, des comportements risqués ou autodestructeurs (p. ex., conduite dangereuse) et/ou une hypervigilance face à des menaces éventuelles (p. ex., sursauter facilement). Dans cette catégorie, des difficultés de concentration et de sommeil ainsi qu'une activation physiologique importante peuvent aussi être présents. Pour répondre au sous-type « symptômes dissociatifs », en plus des manifestations présentées précédemment, les personnes doivent présenter de façon récurrente des épisodes de dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi) et/ou de déréalisation (impression d'irréalité de l'environnement).

Pour répondre aux critères diagnostiques du TSPT, un nombre minimal de symptômes issus de chacune des catégories doit être rapporté: au moins un symptôme intrusif (groupe B), un symptôme d'évitement (groupe C), deux symptômes liés aux altérations cognitives ou émotionnelles (groupe D) ainsi que deux symptômes liés à l'éveil et la réactivité (groupe E). De plus, pour qu'un diagnostic de TSPT soit envisagé, les symptômes doivent perdurer pendant plus d'un mois, entraîner une souffrance cliniquement significative ou une incapacité fonctionnelle importante, et ne pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection.

Au Canada, les prévalences de TSPT actuel au cours des 12 derniers mois observées dans la population générale oscillent entre 1.7 % dans l'étude de Lake *et al.* (2020) et 3,5 % dans celle de Van Ameringen *et al.* (2008). Toujours au Canada, le taux de prévalence du TSPT à vie se situait à 9,2 % (Van Ameringen *et al.*, 2008). En comparaison, chez les PEH, les taux de prévalence de TSPT actuel variaient entre 5,2 % et 17,8 % et les taux de prévalence de TSPT à vie oscillaient entre 19.1 % et 71 % (Sharpe et Iwamoto, 2022; van Denderen *et al.*, 2015). Le score moyen observé des PEH au cours du dernier mois au *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5; Weathers *et al.*, 2013) était de 36,59 ($ET = 15,33$; les valeurs minimales et maximales ne sont pas indiquées; Burke *et al.*, 2010).

De plus, les symptômes de TSPT auraient tendance à diminuer chez les PEH à la suite de la perte. Effectivement, plusieurs études transversales ont révélé qu'après avoir perdu un proche par homicide, le temps écoulé depuis l'homicide était négativement associé aux symptômes de TSPT chez des PEH dans

l'étude de McDevitt-Murphy *et al.* (2012; $M = 20,93$ mois; $ET = 1,22$ années; min = 29 jours; max = 58,3 mois), et celle de van Denderen *et al.* (2016; $M = 6,9$ années; $ET = 6,5$ années). Or, d'autres études ont plutôt montré que le temps écoulé depuis l'homicide n'était pas associé aux symptômes de TSPT (p. ex., Amick-McMullan *et al.*, 1989; Boelen *et al.*, 2016; Neimeyer et Burke, 2017; Sprang et McNeil, 1998; Thompson *et al.*, 1998; Williams *et al.*, 2012). Davantage d'études plus fiables semblent montrer un lien significatif entre le temps écoulé depuis l'homicide et les symptômes de TSPT, et par conséquent, contrôler son influence dans les analyses principales de la thèse semble crucial.

1.4.2 Satisfaction envers la vie des PEH

Bien que la recherche actuelle concernant la santé mentale des PEH porte souvent sur les symptômes de détresse tels que le TSPT, l'utilisation d'une mesure de bien-être, comme la satisfaction envers la vie, permet de rendre compte d'une autre dimension importante et souvent co-existante de leur santé mentale. En effet, les modèles « à double continuum » ou « à double facteur » (p. ex., Keyes, 2005; Massé *et al.*, 1998) soulignent l'importance de considérer à la fois des indicateurs positifs (p. ex., satisfaction envers la vie) et négatifs (p. ex., TSPT) de la santé mentale. Ces modèles considèrent la santé mentale comme n'étant pas seulement l'absence de détresse psychologique, mais aussi la présence d'états psychologiques positifs.

La satisfaction envers la vie réfère à l'appréciation globale d'un individu de sa vie ou de ses conditions de vie en fonction de différents critères comme ses buts et valeurs (Shin et Johnson, 1978). Dans la littérature, peu d'études se sont intéressées à la satisfaction envers la vie des PEH et aux mécanismes influençant cet état à la suite de la perte. Les quelques données à ce sujet montrent que les PEH rapportent un faible niveau de satisfaction envers leur vie ($M =$ entre 14,14 et 15,65; les valeurs minimales et maximales ne sont pas indiquées; Simmons *et al.*, 2014) en comparaison à celui de la population générale (c.-à-d., étudiants de niveau collégial) qui se situe entre 23,4 et 25,6 (min = 7; max = 35; Blais *et al.*, 1989). Dans d'autres populations, les niveaux de satisfaction envers la vie se situaient entre 25,59 et 26,08 dans un échantillon de proches endeuillés par maladie (min = 8; max = 35; Boelen et O'Connor, 2022). De plus, auprès de personnes ayant perdu leur partenaire amoureux, on observe des niveaux de satisfaction envers la vie qui oscillent entre 25,15 et 27,1 (les valeurs minimales et maximales ne sont pas indiquées; Boelen *et al.*, 2023).

1.5 Variabilité entre les PEH dans la prévalence des symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie

Ces données précédemment citées indiquent que les PEH présentent des prévalences plus élevées de TSPT que la population générale. De plus, elles révèlent une grande variabilité dans l'intensité de ces symptômes entre les PEH (p. ex., van Denderen *et al.*, 2015). Ces résultats suggèrent que, bien que la perte d'un proche par homicide constitue, à elle seule, un facteur de risque majeur pour le développement du TSPT, d'autres facteurs significatifs pourraient également influencer la santé mentale post-homicide. Parmi ces éléments, la présence au procès et le soutien social perçu ont été proposés comme facteurs explicatifs dans plusieurs études (Rheingold et Williams, 2015; van Denderen *et al.*, 2016).

La section suivante vise à préciser ces différents facteurs afin de mieux comprendre la variabilité observée dans l'adaptation psychologique des PEH.

1.6 Facteurs explicatifs de la santé mentale des PEH

Comment expliquer que certains PEH soient beaucoup plus souffrants que d'autres, alors qu'ils ont pourtant vécu une perte de nature similaire? Quels sont les facteurs susceptibles d'influencer leur santé mentale suivant l'homicide de leur proche? Outre les facteurs sociodémographiques (p. ex., genre, âge, ethnicité; van Denderen *et al.*, 2015), plusieurs autres variables ont été étudiées dans la littérature afin de mieux comprendre la variabilité observée dans les symptômes de TSPT et les niveaux de satisfaction envers la vie chez les PEH.

Ainsi, certains auteurs distinguent trois grandes catégories de facteurs: péri-traumatiques (l'événement en soi), pré-traumatiques (les facteurs précédents), et post-traumatiques (les facteurs consécutifs; Brewin *et al.*, 2000; Sayed *et al.*, 2015). Selon ces auteurs, les facteurs *péri-traumatiques* concernent les caractéristiques de l'homicide en soi (p. ex., les circonstances, la présence ou non du proche lors des faits). Les facteurs *pré-traumatiques* désignent les facteurs antérieurs à l'événement traumatique qui peuvent aggraver ou protéger la personne victime de cet événement (p. ex., la qualité de la relation avec la personne assassinée, les croyances fondamentales, la situation socioéconomique, les expériences traumatiques antérieures, les antécédents psychiatriques). Enfin, les facteurs *post-traumatiques* désignent les facteurs après l'événement (p. ex., présence au procès, soutien social perçu). Les facteurs post-traumatiques présentent un intérêt clinique particulier, car, l'adaptation post-homicide semble influencée par le contexte social entourant le décès et ne dépendrait pas seulement de facteurs propres

aux proches endeuillés, comme ses croyances et ses stratégies d'adaptation avant l'homicide (Armour, 2002).

Dans le contexte de la perte d'un proche par homicide, les *facteurs post-homicides* font référence à l'ensemble des facteurs survenant après l'acte criminel. L'étude de ces facteurs serait cruciale puisqu'elle permettrait le développement d'interventions cliniques spécifiques et adaptées à cette population. C'est pourquoi cette thèse porte une attention particulière au rôle des facteurs post-homicides.

1.7 Un événement significatif post-homicide : le procès

À la suite de la mort par homicide, il est courant que les PEH soient présents au procès de la personne accusée de l'homicide de leur proche, et ce, notamment par souci de loyauté envers la personne assassinée, dans l'espoir d'obtenir justice ou de faire reconnaître le trauma publiquement (Brillon, 2025; Reed, 2024; Tobolowsky, 1999). Par conséquent, comme le suggère Herman (2003), examiner si la présence lors du procès représente un facteur de risque ou de protection est essentiel afin de mieux comprendre comment celle-ci affecte la santé mentale post-homicide. Plusieurs études se sont intéressées à ce stressor tout particulier aux PEH, et montrent qu'il est associé à la détresse post-traumatique (p. ex., Alves-Costa *et al.*, 2018; Gekoski *et al.*, 2013; van Denderen *et al.*, 2016).

Selon le Gouvernement du Québec (2025), au Canada, le processus judiciaire débute avec une intervention policière dans le but de mener une enquête pour identifier et arrêter le potentiel perpéteur de l'homicide en cas de motifs raisonnables. Ensuite, si une personne est arrêtée et que la ou le procureur décide de porter des accusations criminelles et produit une dénonciation, un procès implique d'abord une première comparution devant un ou une juge et se tient afin de déterminer si la personne accusée est reconnue coupable ou non avec un verdict. Le procès a lieu si la personne accusée plaide non coupable aux accusations portées contre elle. Par la suite, le type de peine suivant ce verdict est déterminé ainsi que la durée de cette dernière. Finalement, la personne déclarée coupable peut également appeler le jugement de la ou le juge si cette dernière croit qu'une erreur a été commise.

La conclusion du dossier peut s'effectuer à différentes de ces dernières étapes. Par exemple, les dossiers d'homicide peuvent se conclure après l'investigation de la police, notamment si le perpéteur décède ou si la police ne parvient pas à identifier et accuser une personne (« *cold-case homicide* »). Le dossier de l'homicide peut aussi se conclure avant le maintien d'un procès, notamment si la personne accusée est

acquittée ou est déclarée inapte à suivre son procès. Si la personne accusée plaide coupable, la procédure continue pour la détermination de la peine (Gouvernement du Québec, 2025). Selon le *Code criminel* canadien (L.R.C. (1985), ch. C-46.), lorsque la personne accusée est déclarée inapte à suivre son procès, le dossier est suspendu et des examens périodiques sont effectués pour savoir si cette personne est devenue apte à suivre son procès. Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons plus particulièrement aux PEH qui ont été présents lors du procès (entre la première comparution et l'appel du jugement) dans le but de comparer leur santé mentale à celle des PEH pour lesquels il n'y a pas eu de procès ou qu'ils n'ont pas été présents à celui-ci par choix.

Selon Rossi et Cario (2013), à la suite de l'émission de l'acte d'accusation, accompagné ou non d'une arrestation ou détention de la personne accusée, le procès commence avec la première comparution. À ce moment, la Couronne prend le dossier en charge et décide s'il y a lieu ou non d'intenter une poursuite. La première comparution permet aussi à la personne accusée de l'homicide de prendre connaissance de l'acte d'accusation. Ensuite, la personne accusée doit subir une enquête sur sa mise en liberté en attendant le procès. L'enquête préliminaire a lieu par la suite afin d'établir si la preuve est suffisante pour tenir un procès. À cette étape, les principaux éléments de preuve existants contre la personne accusée sont exposés. La personne accusée indique au juge s'il plaide coupable ou non coupable une fois l'enquête préliminaire terminée. Le procès n'a lieu que dans le cas où le juge estime que la preuve est suffisante. Le procès permet, par la suite, à la Couronne et à la personne accusée de présenter leurs versions des faits respectives. Dans l'éventualité d'une condamnation, une peine appropriée sera recommandée selon les circonstances de l'infraction.

Lors du procès, en Amérique du Nord, la structure du système de justice implique qu'une infraction est une affaire entre la personne accusée du crime et l'État (Clarke, 1995). Ainsi, le rôle de toute personne victime est relégué à celui de témoin. Or, les PEH ne sont pas toujours considérés comme des « témoins » de l'homicide. La représentation de ces proches endeuillés au procès n'est donc pas toujours automatique. Autrement dit, ils ne possèdent pas de statut légal à moins d'avoir été directement témoins de l'homicide (c.-à-d., présents lors de l'homicide; Rossi et Cario, 2013). Lorsque les PEH doivent assumer le rôle de témoin, ces derniers peuvent témoigner et être contre-interrogés lors du procès, et ce, souvent après la phase de comparution. Parfois, ils peuvent être avoir l'obligation de se présenter à la Cour (Rossi et Cario, 2013). Les PEH qui n'étaient pas présents lors de l'homicide sont considérés comme de simples observateurs du procès. Ces « observateurs » peuvent toutefois jouer un rôle plus actif lors de la

« *Déclaration de la victime sur les conséquences du crime* » (Rossi et Cario, 2013). Cette déclaration permet d'aider le juge à choisir une peine qui est juste (Rossi et Cario, 2013). Elle consiste en une déposition écrite préparée par la personne victime ou les proches de cette dernière. Elle permet de décrire les conséquences physiques, psychologiques, sociales et financières découlant de l'infraction ainsi que l'impact du crime sur sa vie (loi C-32, 2015).

Plusieurs motivations peuvent pousser les PEH à être présents au procès de la personne accusée de l'homicide de leur proche. Rossi et Cario (2013) identifient un désir de représenter symboliquement leur proche afin de protéger sa réputation, d'assurer l'égalité de ses chances devant la justice et que justice soit rendue. Ces mêmes personnes autrices soulèvent aussi le besoin des PEH de comprendre et de donner un sens à la perte vécue (Rossi, 2014). La présence au procès permettrait à ces proches endeuillés de recevoir des informations sur le déroulement de l'homicide dans le but de donner un sens à leur perte (Poupart *et al.*, 2018). Le processus judiciaire serait, par conséquent, crucial dans la satisfaction du besoin de comprendre des PEH (Cléroux-Desmarais et Dubé, 2023; Rossi et Vanhamme, 2011; Rossi et Cario, 2013). Dans une sous-population des PEH, nous remarquons que les proches endeuillés dont l'homicide ne serait pas résolu se tourneraient vers le système de justice dans le but d'obtenir des réponses, et par conséquent, résoudre leur processus de deuil (Bucholz, 2002). De manière générale pour toutes les personnes victimes d'actes criminels, Herman (2003) aborde le besoin de cette population d'assister au procès dans le but d'obtenir une reconnaissance sociale du crime ou de la perte et de la souffrance en découlant. De plus, les interventions du système de justice, dont la punition du perpétrateur, pourraient restaurer la confiance de la personne victime envers le monde et les autres. Néanmoins, Herman (2003) aborde le refus de plusieurs personnes victimes d'actes criminels d'assister au procès en raison notamment des conséquences néfastes sur leur santé mentale. Nous pouvons donc croire que le procès constitue une épreuve douloureuse pour les personnes victimes d'actes criminels, dont les PEH.

Dans les prochaines sections, nous présenterons et détaillerons les répercussions de la présence au procès et des facteurs liés à ce dernier (c.-à-d., perceptions de justice, détresse lors du procès, insatisfaction envers le verdict). Nous présenterons par la suite le rôle du soutien social perçu dans la santé mentale (c.-à-d., symptômes de TSPT et satisfaction envers la vie) des PEH.

1.7.1 Répercussion de la présence au procès et des facteurs liés à celui-ci sur la santé mentale des PEH

La présence des proches endeuillés au procès de la personne accusée de l'homicide constitue un événement qui pourrait exercer un rôle significatif sur leur santé mentale, mais qui reste peu étudié dans les écrits scientifiques. Effectivement, aucune étude quantitative n'aurait examiné la question. Cependant, les résultats de plusieurs études qualitatives suggèrent que la présence au procès peut exacerber les problèmes de santé mentale des PEH (p. ex., Cléroux-Desmarais et Dubé, 2023; Englebrecht *et al.*, 2014).

D'autres auteurs se sont plutôt intéressés au rôle des facteurs liés au procès qui peuvent exacerber les problèmes de santé mentale des PEH, tels que les perceptions de justice, la détresse lors du procès et l'insatisfaction envers le verdict. Le modèle de la justice organisationnelle de Colquitt (2001) suggère notamment que les perceptions de justice pourraient constituer un facteur de protection de la santé mentale des PEH. L'étude de ces facteurs permet ainsi d'avoir un portrait plus riche de l'expérience du procès et de ce qui pourrait exacerber la détresse des PEH présents à celui-ci.

L'examen du rôle de la présence au procès et des facteurs liés à ce dernier a été peu réalisé auprès des PEH, soit une population au vécu traumatique unique. Effectivement, les études à ce sujet ont surtout été menées auprès d'autres personnes victimes d'actes criminels (p. ex., agression sexuelle) ou de groupes mixtes (p. ex., Lens *et al.*, 2015).

1.7.1.1 Impact de la présence au procès sur la santé mentale des PEH

À ce jour, aucune étude quantitative, à notre connaissance, n'a examiné les associations entre la présence au procès, les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie des PEH. Cependant, plusieurs études qualitatives à ce sujet menées auprès de PEH montrent des résultats mitigés concernant les conséquences psychologiques de la présence au procès. De manière similaire, l'étude de Metzger *et al.* (2015) montre que la présence au procès peut être vécue comme étant traumatisante pour les PEH et ainsi augmenter leur détresse. Il semble donc que la présence au procès peut constituer une épreuve psychologiquement douloureuse pour les PEH. D'un autre côté, les résultats d'Englebrecht *et al.* (2014) montrent que la présence au procès pourrait représenter une expérience positive pour quelques PEH notamment lorsqu'elle répond à un besoin de sens ou de reconnaissance. Par exemple, plusieurs proches endeuillés mentionnent apprécier pouvoir s'exprimer sur la peine appropriée à infliger à la personne coupable de l'homicide.

Afin de mieux comprendre si la présence au procès joue un rôle dans la santé mentale des PEH, nous avons examiné les résultats d'études menées auprès d'autres populations. La recension d'Herman (2003) recense les risques et bénéfices de la participation au processus judiciaire notamment sur la santé mentale des personnes victimes d'actes criminels. Dans cette recension, les résultats de plusieurs études incluses montrent que les personnes victimes d'agression sexuelle qui se sont présentées au procès ont rapporté plus de symptômes liés à la peur, l'anxiété et la dépression que celles qui ne s'y étaient pas présentées (Herman, 2003). De plus, la revue systématique de Dubé *et al.* (2025) met en évidence les effets différenciés des différentes étapes du processus judiciaire sur les symptômes de TSPT chez les personnes victimes d'agression sexuelle. Cette revue met en lumière la diversité des états émotionnels, tant agréables que désagréables, associés à chacune de ces étapes. Par exemple, des réactions négatives de la part de la police et une absence de charges étaient associées avec davantage de symptômes de TSPT. De plus, le témoignage de la victime lors du procès était associé à une augmentation des symptômes anxieux et intrusifs. À l'inverse, lorsque la personne accusée plaide coupable une fois les accusations portées, les personnes victimes rapportaient se sentir crues, sauf lorsque le verdict était perçu comme insatisfaisant. De plus, des états émotionnels positifs étaient associés à un verdict de culpabilité, alors que des sentiments de culpabilité et de colère étaient rapportés à la suite d'un verdict de non-culpabilité. Dans l'ensemble, cette revue illustre la variabilité et la complexité des réactions émotionnelles des personnes victimes à travers les différentes étapes du procès.

En plus de ces deux recensions, l'étude de Burgess et Holmstrom (1984) indique que les personnes qui ont été présentes au procès rapportent davantage d'anxiété et de dépression que celles n'ayant pas été présentes à ce dernier. Or, ces résultats sont différents de ceux observés dans l'étude de Orth et Mearcker (2004). Dans cette étude longitudinale, les scores moyens de symptômes de TSPT des personnes victimes de crimes violents (p. ex., agression physique) ne différaient pas de façon significative entre le temps 1 (moyenne du temps avant la présence au procès = 4,2 mois) et le temps 2 (moyenne du temps après la présence au procès = 1,3 mois). Autrement dit, les niveaux de symptômes de TSPT étaient similaires avant et après la présence au procès.

En résumé, les résultats des études qualitatives menées auprès des PEH suggèrent que la présence au procès pourrait aggraver les problèmes de santé mentale des PEH (p. ex., Englebrecht *et al.*, 2014, Metzger *et al.*, 2015). Les études menées à ce sujet auprès d'autres personnes victimes d'actes criminels présentent

des résultats mitigés, ce qui pourrait être expliqué par l'expérience dans le système de justice incluant les perceptions de justice, la détresse lors du procès et l'insatisfaction envers le verdict Herman (2003).

1.7.1.2 Facteurs liés au procès et santé mentale des PEH

Les prochaines sous-sections détailleront les conceptualisations théoriques sous-jacentes et l'état de la littérature scientifique à propos de trois types de facteurs liés au procès: 1) les perceptions de justice, 2) la détresse lors du procès et 3) l'insatisfaction envers le verdict.

1.7.1.2.1 Perceptions de justice et santé mentale des PEH

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux éléments qui influencent la perception de justice ressentie dans une situation donnée (p. ex., Thibault et Walker, 1975; Van den Bos et Lind, 2002; Wemmers, 1996). Selon Morissette (2014), les premiers modèles développés à ce sujet n'ont pas été construits pour répondre à la réalité spécifique des personnes victimes d'actes criminels: ils ont plutôt été développés dans le cadre de la psychologie du travail et de la justice au sein des organisations de travail. Les premiers modèles de la perception de justice se sont surtout concentrés sur la dimension spécifique de la *justice procédurale* dont les deux déterminants étaient le contrôle sur le processus et le contrôle sur la ou les décisions (Thibault et Walker, 1975). La théorie de la justice procédurale de Van den Bos et Lind (2002) indique que de telles perceptions permettraient de mieux gérer l'incertitude et la perte de contrôle ressenties lors d'événements stressants ou perçus comme étant injustes.

Le modèle de Wemmers (1996) a ensuite été développé spécifiquement pour examiner la perception de justice des personnes victimes d'actes criminels qui inclut deux facteurs, soit la neutralité (c.-à-d., l'impartialité et l'honnêteté des acteurs légaux) et le respect (c.-à-d., la qualité des interactions des acteurs légaux envers les personnes victimes). Par la suite, Colquitt (2001) a développé un modèle à quatre facteurs qui met l'accent sur plusieurs dimensions de la perception de justice organisationnelle, et non seulement sur la justice procédurale. Dans son modèle, Colquitt (2001) distingue quatre types de perceptions de justice : 1) *distributive* (c.-à-d., perception du résultat d'une décision comme étant juste; p. ex., « Le résultat du procès reflète-t-il les efforts fournis par le personnel de la Cour? »), 2) *procédurale* (c.-à-d., équité des procédures légales; p. ex., « Ces procédures ont-elles respecté des normes éthiques et morales? »), 3) *interpersonnelle* (c.-à-d., qualité des interactions avec les personnes en autorité, comme les acteurs légaux; p. ex., « Le personnel de la Cour vous a-t-il/elle traité d'une manière polie? »), et 4)

informationnelle (c.-à-d., qualité des informations fournies par les acteurs légaux; p. ex., « Le personnel de la Cour vous a-t-il/elle) expliqué les procédures avec soin? »). De cette conceptualisation découle l'*Organizational Justice Scale* (OJS) qui constitue une mesure qui a été appliquée et validée dans divers contextes, notamment dans le système de santé publique (Enoksen, 2015). Depuis les dernières années, ce modèle a été utilisé auprès de personnes victimes d'actes criminels (Morissette et Wemmers, 2016).

Dans la littérature, plusieurs études qualitatives ont examiné l'état des perceptions de justice liées au procès auprès de PEH (p. ex., Gekoski *et al.*, 2013; Pastia et Palys, 2016). Dans l'étude de Gekoski *et al.* (2013), les PEH témoignaient d'un manque d'informations (justice informationnelle) reçues à propos du procès et d'un traitement insensible de la part des travailleurs du SJC (justice interpersonnelle). De manière similaire, les résultats de l'étude de Pastia et Palys (2016), la seule étude canadienne à ce sujet, ont indiqué que les PEH percevaient l'information reçue par les travailleurs du SJC comme étant manquante (justice informationnelle) et ceux-ci rapportaient un sentiment de trahison lié au résultat du procès (justice distributive). On constate d'ailleurs des expériences du procès similaires chez d'autres personnes victimes d'actes criminels (p. ex., Kunst *et al.*, 2015; Wemmers, 2013; Wemmers et Cyr, 2006).

Une seule étude quantitative a examiné la relation entre les perceptions de justice et les symptômes post-traumatiques des PEH. L'étude de Thompson *et al.* (1996) n'a pas trouvé de lien significatif entre le fait d'être informé du dossier criminel (justice informationnelle) et la détresse ressentie. Cependant, cette absence de lien pourrait s'expliquer par la petite taille d'échantillon et la mesure limitée et non validée des perceptions de justice (c.-à-d., seulement quatre énoncés développés par les auteurs). De plus, aucune autre étude quantitative n'a observé l'influence des perceptions de justice distributive, procédurale et interpersonnelle sur les symptômes de TSPT des PEH.

Quelques études qualitatives ont cependant révélé que des perceptions de justice déficientes (p. ex., justice informationnelle) étaient vécues comme sources de stress supplémentaires. Par exemple, Alves-Costa, Hamilton-Giachrisis et Halligan (2021) soulignent que le manque d'information reçue à propos des procédures judiciaires (justice informationnelle) était perçu comme étant une source de stress additionnel qui était associée à davantage de détresse. Une autre étude a révélé qu'une perception de justice globale envers le procès était associée à moins de colère chez les PEH (Baliko et Tuck, 2008). Les résultats des études qualitatives mettent en lumière l'importance des perceptions de justice quant à la santé mentale des PEH.

Afin de mieux comprendre le rôle des perceptions de justice au regard de la santé mentale des PEH, des études quantitatives dans d'autres populations ont été examinées. Plusieurs ont montré que les perceptions de justice procédurale, interpersonnelle et informationnelle étaient significativement associées à moins de symptômes de TSPT (Gray, 2005; Lens *et al.*, 2015; Morissette et Wemmers, 2016; Wemmers, 2013). Plus spécifiquement, l'étude de Gray (2005), menée auprès de personnes victimes d'actes criminels, a montré une association négative entre la qualité des informations reçues et les symptômes de TSPT. De plus, une étude menée auprès d'un groupe composé majoritairement de personnes victimes d'actes criminels (Lens *et al.*, 2015; *n* de personnes victimes d'actes criminels = 137; *n* de PEH = 3; *n* de proches endeuillés par accident = 3) a indiqué que les perceptions de justice procédurale étaient associées à moins de colère et d'anxiété chez les participants. Dans l'étude de Morissette et Wemmers (2016), la perception de justice interpersonnelle était associée à moins de symptômes de TSPT chez des personnes victimes d'actes criminels. Finalement, dans l'étude de Wemmers (2013), la perception de justice procédurale était associée à moins de symptômes de TSPT au sein d'un groupe mixte de personnes victimes d'actes criminels (67 % à 72 % de l'échantillon était composés de personnes victimes de crimes violents, 28 % à 33 % étaient des personnes victimes de crimes contre les biens, et 37 % à 40 % des personnes étaient blessées physiquement à la suite de l'acte criminel).

Concernant la satisfaction envers la vie, aucune étude qualitative ou quantitative n'aurait examiné l'influence des perceptions de justice distributive, procédurale, interpersonnelle ou informationnelle auprès des PEH. Dans d'autres populations, Hu *et al.* (2024) ont montré que ces quatre types de perception de justice envers leur organisation, en utilisant l'OJS, étaient associés positivement à la satisfaction envers la vie de travailleurs âgés entre 40 et 60 ans provenant du secteur privé (petites et moyennes entreprises). La relation positive entre les perceptions de justice et la satisfaction envers la vie reste à être examinée auprès des PEH.

En résumé, les données sur les associations entre les perceptions de justice liées au procès et la santé mentale des PEH sont encore très limitées. L'unique étude quantitative menée à ce sujet (Thompson *et al.*, 1996) présente plusieurs lacunes méthodologiques. De plus, aucune étude n'a mesuré l'influence des perceptions de justice sur la satisfaction envers la vie, alors que celle-ci pourrait être gravement affectée par l'expérience de la perte d'un proche par homicide (Simmons *et al.*, 2014). Il apparaît donc nécessaire d'examiner rigoureusement, à l'aide de mesures validées, de variables contrôles (p. ex., temps écoulé

depuis l'homicide) et d'échantillons plus larges, l'influence des différentes formes de justice perçues sur les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie des PEH.

1.7.1.2.2 Détresse lors du procès et santé mentale des PEH

La détresse lors du procès fait référence aux émotions désagréables ressenties lors des procédures judiciaires. Elle peut inclure des sentiments de découragement, d'abandon, de vengeance, de stress, de colère, de frustration, de trahison, et ce, en réaction aux événements qui se déroulent lors du procès (Alves-Costa, Hamilton-Giachritsis et Halligan, 2021; Baliko et Tuck, 2008; Englebrecht *et al.*, 2014; Gekoski *et al.*, 2013; Pastia et Palys, 2016; Tuck *et al.*, 2012; van Denderen *et al.*, 2014).

À ce jour, aucune étude quantitative n'a examiné comment la détresse lors du procès des PEH est associée à leurs symptômes quotidiens de TSPT. Toutefois, une étude qualitative menée auprès de PEH indique que 15,8 % des participants ont rapporté des *flashbacks* ou impressions de revivre l'homicide durant le procès (Reed et Caraballo, 2002). Dans d'autres populations, une étude corrélacionnelle a montré que des personnes victimes d'agression sexuelle qui ont évalué le processus judiciaire comme étant blessant ou douloureux (mesure de victimisation secondaire, c.-à-d., à quel point les personnes ont rapporté des expériences blessantes lors du procès) rapportaient de plus hauts niveaux de détresse après le procès que les personnes qui n'ont pas évalué ce processus de cette façon (Campbell *et al.*, 2001). Bien que les contextes soient différents, ces résultats suggèrent que la détresse ressentie au cours du procès pourrait également constituer un facteur de risque pour la santé mentale des PEH.

En ce qui concerne la satisfaction envers la vie, aucune étude (ni quantitative ni qualitative) n'aurait examiné le rôle de la détresse lors du procès avec cette dimension de la santé mentale des PEH. Ce lien demeure donc à explorer.

1.7.1.2.3 Insatisfaction envers le verdict et santé mentale des PEH

L'insatisfaction ou la satisfaction envers le verdict réfère à la réponse affective des individus à l'évaluation du jugement rendu par le JJC, selon qu'il soit perçu comme équitable ou non (Kunst *et al.*, 2015; Fishbein et Azjen, 1975).

Concernant son association avec les symptômes de TSPT, aucune étude ne l'aurait examinée de façon quantitative chez les PEH jusqu'à maintenant. Cependant, l'étude qualitative de Gekoski *et al.* (2013) a révélé que les PEH insatisfaits du verdict rapportaient de hauts niveaux de colère. Selon Englebrecht *et al.* (2014), l'un des aspects du procès les plus difficiles à accepter pour les PEH est la peine infligée à la personne coupable de l'homicide. Dans cette étude, aucune des familles interrogées n'a évalué que cette peine était représentative du préjudice subi par la famille. Or, à notre connaissance, la relation entre la satisfaction envers le verdict et la satisfaction envers la vie des PEH n'aurait jamais été examinée.

Dans des études menées auprès d'autres personnes victimes d'actes criminels (p. ex., agression sexuelle ou physique), la satisfaction envers le verdict était positivement associée à une plus grande estime de soi et croyance que le monde est juste (Orth, 2002), et négativement associée à la détresse (Tontodonato et Erez, 1994), aux sentiments de vengeance envers le perpétrateur de l'homicide (Orth, 2004), et aux symptômes de TSPT (Orth et Maercker, 2004). Nous croyons, par conséquent, qu'il est possible que la satisfaction envers le verdict soit aussi associée avec les symptômes de TSPT chez les PEH, et possiblement leur satisfaction envers la vie.

Les modèles théoriques ainsi que l'état de la littérature relative à la présence au procès et aux facteurs associés à celui-ci (perception de justice, détresse lors du procès, insatisfaction envers le verdict) ont été présentés dans les sections précédentes. La prochaine section se centrera sur le rôle du soutien social dans la santé mentale des PEH en examinant plus particulièrement leurs symptômes de TSPT et leur satisfaction envers la vie.

1.8 Soutien social et santé mentale des PEH

De manière générale, le soutien social correspond aux comportements des proches répondant aux besoins d'un individu en situation difficile (Cobb, 1976; Hobfoll et Vaux, 1993; Wills, 1991). Le soutien social joue un rôle essentiel dans l'adaptation psychologique aux événements traumatiques, notamment dans la santé mentale des PEH. Selon le modèle sociocognitif de l'adaptation aux stressseurs de Lepore (2001), le soutien social influence l'ajustement émotionnel aux stressseurs, tel que le cancer.

Le modèle de Lepore (2001) met en lumière les facteurs sociaux, tels que le soutien social, pouvant influencer l'intégration de l'événement traumatique. Dans les études menées chez des personnes victimes d'événements traumatiques (p. ex., catastrophes naturelles et guerres), la majorité rapporte avoir parlé

de l'événement traumatique vécu avec leurs proches (Lepore, 2001). Cet auteur met en lumière l'importance de parler de l'événement traumatique avec des proches dans l'intégration de celui-ci. Il mentionne plus spécifiquement que les effets bénéfiques découlant de parler de l'événement traumatique sur l'adaptation à celui-ci sont modérés par les réactions des autres à ce partage ou à ce dévoilement (Lepore *et al.*, 1996).

D'un côté, un réseau social soutenant et positif permet de restaurer l'estime de soi (Lepore, 2001) et de favoriser une vision cohérente du monde (Janoff-Bulman, 1992). Le réseau social de la personne victime peut aussi apporter de nouvelles perspectives, réduire les ruminations, et améliorer la régulation émotionnelle (Lepore *et al.*, 2000).

D'un autre côté, un réseau critique ou peu soutenant peut aggraver la détresse psychologique (Major *et al.*, 1997). Des réactions négatives au dévoilement peuvent amener les personnes à éviter de penser ou parler de l'événement, nuisant à l'intégration émotionnelle (Lepore *et al.*, 1996). Ce type d'évitement peut maintenir les pensées intrusives (Wegner, 1994), limiter l'accès à de nouvelles informations réparatrices (Janoff-Bulman, 1992), empêcher l'acceptation de l'expérience et freiner l'habituation (Lepore, 2001).

Plusieurs études se sont intéressées aux caractéristiques des différentes dimensions du soutien social post-homicide. Elles révèlent que les PEH peuvent être stigmatisés et blâmés par leur entourage concernant l'homicide ou les circonstances de ce dernier (Armour, 2002; Brillon, 2025). Des conflits au sein de la famille peuvent aussi être exacerbés à la suite de l'homicide (Van Wijk *et al.*, 2017). Or, la majorité des PEH mentionnent rester en contact avec leur famille et leurs amis pour faire face à la perte (Simmons *et al.*, 2014). Ceci pourrait être expliqué par la satisfaction vis-à-vis de l'aide instrumentale (transport, courses, ménage) qui est liée à moins de symptômes de TSPT (Bottomley *et al.*, 2017). Dans le même ordre d'idée, un plus grand nombre de relations négatives est associé à davantage de symptômes de TSPT chez les PEH. Toutes ces études montrent l'importance de l'expérience du soutien social dans l'explication de la santé mentale post-homicide.

De nombreuses études ont montré le rôle protecteur du soutien social dans le développement du TSPT chez diverses populations de victimes (Arnberg *et al.*, 2012; Jankowski *et al.*, 2004; Littleton, 2010; Oexle et Sheehan, 2019; Setti *et al.*, 2016), et dans la réduction des manifestations du deuil (Dyregrov, 2003). Une méta-analyse de Brewin *et al.* (2000) a montré que le soutien social est le meilleur prédicteur du

développement ou de la résilience en réaction aux symptômes post-traumatiques. D'autres recherches confirment son rôle protecteur (Blais *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2021).

Le soutien social a été étudié selon divers aspects: la qualité par rapport à sa quantité, le soutien positif par rapport au soutien négatif, et l'adéquation entre les attentes et le soutien perçu (Fredette *et al.*, 2016; Lakey et Cohen, 2000). Le soutien perçu, plus que le soutien reçu, est associé à une meilleure santé mentale (p. ex., Zimet *et al.*, 1988). Le *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet *et al.*, 1988) permet d'évaluer cette perception.

Quant à l'association entre le soutien social perçu et les symptômes de TSPT chez les PEH, seulement deux études ont montré des résultats divergents. Rheingold et Williams (2015) ont trouvé que les PEH souffrants de TSPT rapportaient moins de soutien social (en lien avec la perte) que ceux sans TSPT. Burke *et al.* (2010), quant à eux, n'ont trouvé aucune association significative entre le soutien social familial perçu et les symptômes de TSPT. De plus, ils n'ont trouvé aucune association entre le soutien social positif global et les symptômes de TSPT. Ces résultats limités et contradictoires soulignent le besoin de recherches supplémentaires, surtout en tenant compte des stress uniques vécus par les PEH, tels que le procès. Ces deux dernières études quantitatives n'ont pas examiné les différences entre les sources spécifiques de soutien social perçu. Dans les études qualitatives, plusieurs se sont intéressées aux sources spécifiques de soutien social des PEH (famille, amis, partenaire ou personne significative). Par exemple, alors que des difficultés dans les relations amoureuses peuvent accroître le stress post-homicide (Hannays-King *et al.*, 2015), le soutien familial semble particulièrement bénéfique (Wellman, 2014).

La majorité des études quantitatives qui ont examiné les effets distincts des sources de soutien social ont été réalisées auprès de populations de vétérans, et les résultats de celles-ci sont incongruents. Dans une première étude, le soutien social provenant du partenaire amoureux, de la famille et des amis vétérans était associé négativement aux symptômes de TSPT, contrairement au soutien social reçu par les amis non-vétérans (Wilcox, 2010). Une autre étude a montré que le soutien social provenant de toutes les sources (amis, famille, partenaire amoureux) était associé à moins de symptômes de TSPT (Duax *et al.*, 2014). Finalement, Laffaye *et al.* (2008) ont montré que le soutien social provenant d'amis non-vétérans était associé à plus de symptômes de TSPT, contrairement au soutien social reçu par la famille. Dans l'une des très rares études portant sur des populations de victimes d'événements traumatiques (30,5 % de victimes d'accidents, 21,9 % d'agressions sexuelles et 21,2 % d'agressions physiques), des chercheurs ont examiné

les associations entre les différentes sources de soutien social et les symptômes de TSPT (Sippel *et al.*, 2024). Ils ont observé que la perception du soutien social reçu par les amis au temps 1 était négativement associée aux symptômes de TSPT au temps 2. En revanche, la perception du soutien social reçu par le ou la partenaire amoureuse au temps 1 n'était pas associée aux symptômes de TSPT au temps 2. Les résultats de ces études suggèrent que la qualité des relations amicales pourrait jouer un rôle particulièrement protecteur en contribuant à réduire la détresse post-traumatique. Ils suggèrent aussi que les différentes sources de soutien social peuvent interagir différemment avec les symptômes de TSPT. Par conséquent, la présente étude visera à examiner l'influence spécifique des trois différentes sources de soutien social sur la santé mentale des PEH.

Concernant le lien entre le soutien social perçu et la satisfaction envers la vie, une seule étude quantitative, à notre connaissance, a examiné cette association dans une population de PEH (Simmons *et al.*, 2014). Cette étude a montré que les PEH qui parlaient avec leurs amis et leur famille et qui passaient plus de temps avec eux rapportaient de plus hauts niveaux de satisfaction envers leur vie. De plus, dans d'autres populations exposées à un événement potentiellement traumatique, la recension de Scott *et al.* (2020) a montré que le soutien social perçu était associé positivement au bien-être, comme la satisfaction envers la vie, dans des populations de proches endeuillés par suicide ou par accident. Par conséquent, bien que l'association entre le soutien social perçu et la satisfaction envers la vie reste à être examinée chez les PEH, nous pouvons croire que la satisfaction envers la vie des PEH serait positivement influencée par une perception positive du soutien social reçu.

La présente thèse a étudié spécifiquement les sources de soutien social perçu (c.-à-d., famille, amis, partenaire et personne significative) ainsi que le soutien social global perçu (regroupant l'apport de chaque source de soutien). L'ajout du soutien social a ainsi permis de peaufiner notre compréhension des facteurs qui exacerbent ou au contraire diminuent les problèmes de santé mentale des PEH présents ou non au procès.

En conclusion, les modèles de Colquitt (2001) et de Lepore (2001) mettent en évidence deux types de facteurs post-homicides significatifs qui pourraient expliquer la grande variabilité entre les PEH quant à l'intensité de leurs problèmes de santé mentale: 1) la présence au procès et les facteurs liés au procès (soit les perceptions de justice, la détresse lors du procès et l'insatisfaction envers le verdict) et 2) les facteurs sociaux (soutien social perçu). Ces modèles ont été récemment appliqués spécifiquement à la santé

mentale des PEH. Cependant, les résultats limités et incohérents dans les populations de PEH suggèrent qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches à ce sujet, en particulier considérant qu'ils sont exposés à des facteurs de stress uniques, tels que la présence au procès. Le rôle des différentes sources de soutien social perçue (soit la famille, les amis et une personne significative) n'a pas été examiné de manière distincte dans les analyses des études de Rheingold et Williams (2015) et de Burke *et al.* (2010). Les sources de soutien social pourraient être affectées de manière différente par la perte d'un proche par homicide, et ce, notamment à cause du contexte spécifique stigmatisant, bouleversant et médiatisé entourant l'homicide. Il est aussi possible que le soutien social perçu influence différemment la santé mentale des PEH, notamment en fonction de leur présence au procès.

1.9 Interaction entre la présence au procès et le soutien social perçu chez les PEH

Les recherches qualitatives sur l'interaction entre la présence au procès, les facteurs liés au procès et le soutien social perçu chez les PEH se sont principalement centrées sur la perception du soutien social reçu de la part des travailleurs du SJC. En effet, l'étude qualitative d'Englebrecht *et al.* (2014) révèle que les PEH percevaient souvent que le soutien reçu par ces travailleurs manquait d'empathie et de compassion, ce qui était associé avec de la colère et la frustration chez cette population. De manière similaire, Reed et Caraballo (2022) ont rapporté que 52,6 % des PEH se disaient préoccupés par le manque de respect et d'empathie qu'ils percevaient chez les travailleurs du SJC.

À propos de la perception des PEH du soutien reçu par leurs proches, la recherche à ce sujet est plus limitée. Une seule étude qualitative menée auprès de PEH a montré que la majorité des participants mentionnaient être satisfaits du soutien qu'ils recevaient par leurs proches, mais surtout, que la réception de toutes les sources de soutien social avait cessé lorsque les procédures judiciaires s'étaient terminées ou peu après (Alves-Costa *et al.*, 2018). Ces participants mentionnaient que leurs besoins en soutien n'avaient pas diminué à la suite du procès, et ce, en raison de leurs difficultés sur le plan psychologique. Les PEH semblent alors avoir davantage de ressources sociales lors du procès. Or, à notre connaissance, aucune étude quantitative chez les PEH n'a porté sur l'interaction entre la présence au procès, les facteurs liés au procès et leur perception du soutien social reçu par leurs proches.

Cependant, dans d'autres populations, une étude qualitative menée auprès d'adultes ayant vécu des abus sexuels à l'enfance a souligné le besoin d'un système de soutien social fort et solide, surtout de la part de la famille et des amies, et ce, afin de mieux tolérer le stress découlant des procédures judiciaires

(Feldthusen *et al.*, 2000). Dans cette étude, environ la moitié des participants qui étaient présents au procès de la personne accusée de l'homicide ont indiqué avoir reçu un soutien aidant de leurs amis et de leur famille au cours de celui-ci, tandis que l'autre moitié de l'échantillon a plutôt décrit les conséquences négatives du procès sur leurs relations amicales et familiales. Plus particulièrement aux conséquences négatives, plusieurs participants ont mentionné avoir perdu des amis ou leur partenaire amoureux à travers le processus judiciaire ou que le procès a engendré des conflits au sein de la famille. D'autres ont abordé la détérioration de leurs relations familiales lors du procès.

Ces résultats indiquent que la présence au procès peut affecter la façon dont le soutien social perçu module la santé mentale post-homicide. Or, aucune étude n'a encore testé cette interaction de manière quantitative chez les PEH. De plus, bien que le soutien social perçu soit reconnu comme un facteur protecteur important, peu d'études ont examiné si les facteurs liés au procès (p. ex., perceptions de justice, détresse lors du procès, insatisfaction envers le verdict) exercent un effet additionnel sur les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie, et ce, au-delà de ce soutien.

1.10 Originalité de la thèse

Bien que la présence au procès soit considérée théoriquement et cliniquement comme un facteur pouvant aggraver les problèmes de santé mentale des PEH, peu d'études empiriques ont examiné spécifiquement les associations entre la présence au procès, les facteurs liés à celui-ci et la santé mentale de cette population. Les rares recherches disponibles présentent des limites méthodologiques importantes et des résultats souvent contradictoires. Peu ont utilisé des mesures validées, complètes (incluant les quatre dimensions de la justice perçue) et rigoureusement traduites. De plus, selon des études qualitatives, la présence au procès et les facteurs liés au procès pourraient expliquer les résultats incongruents concernant le lien entre soutien social perçu et santé mentale. Par conséquent, l'étude quantitative de ces relations semble justifiée par l'état de la littérature scientifique actuelle. Pour la première fois, notre étude intègre les modèles de Colquitt (2001) et Lepore (2001) afin d'analyser la contribution conjointe de la présence au procès, des facteurs liés à celui-ci, du soutien social perçu et de leur impact sur la santé mentale des PEH. L'étude de ces relations ouvre des perspectives d'intervention prometteuses.

Ce projet doctoral permet de mettre en évidence les facteurs post-homicides associés à la santé mentale des PEH dans les écrits scientifiques. La santé mentale est abordée de façon multidimensionnelle, à travers deux indicateurs complémentaires, soit les symptômes de TSPT (qui représente la détresse

psychologique) et la satisfaction envers la vie (qui représente le bien-être subjectif). De plus, il examine les relations entre nos variables, et ce, au sein d'un grand échantillon. La grande taille d'échantillon, la validité élevée des mesures utilisées et l'inclusion de variables contrôles permettent de remédier aux limites méthodologiques des études mentionnées précédemment. Par conséquent, cette thèse permet de combler plusieurs lacunes méthodologiques, conceptuelles et cliniques dans l'étude du deuil par homicide. L'examen de ces associations permet d'identifier des pistes afin de mieux soutenir les PEH qui sont présents au procès (p. ex., mieux travailler les perceptions de justice, maximiser les sources de soutien positives). Considérant que les PEH profitent peu de traitements spécialisés et qu'ils sont souvent stigmatisés et peu connus par les intervenantes et intervenants en santé mentale, ce projet pourrait permettre le développement de stratégies psychothérapeutiques spécifiques à leur intention.

1.11 Présentation générale de la thèse et des objectifs

La présente thèse vise à mieux comprendre les effets de la présence au procès, des facteurs liés au procès et du soutien social perçu sur la santé mentale des PEH. Quatre objectifs sont poursuivis:

Le premier objectif de cette thèse est de recenser les facteurs post-homicides identifiés par la littérature comme étant associés à la santé mentale des PEH (article 1, publié). Cet objectif est examiné à l'aide d'une analyse narrative analytique inspirée des normes de production des revues systématiques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Dagenais *et al.*, 2013). L'étude s'appuie également sur les critères de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses; Page *et al.*, 2021).

L'objectif 2 vise à comparer la santé mentale des PEH ayant été présents au procès avec celle de ceux qui n'y ont pas assisté (article 2, publié). L'objectif 3 vise à examiner si la présence au procès joue un rôle modérateur sur la relation entre le soutien social perçu et la santé mentale (article 2, publié). L'objectif 4 se concentre uniquement chez les PEH présents au procès, et vise à analyser les associations entre les facteurs liés au procès (c.-à-d., perception de justice, détresse lors du procès et insatisfaction envers le verdict), le soutien social perçu, les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie des PEH (article 2, publié). Ces deux objectifs sont examinés à l'aide de devis corrélationnels et comparatifs transversaux et d'instruments psychométriques validés auprès d'un échantillon de PEH majoritairement recrutés au Québec (80,5 % des PEH rapportent vivre au Québec).

Le premier chapitre présente l'introduction générale qui inclut les connaissances empiriques et théoriques sous-jacentes à la méthodologie et aux objectifs de la présente thèse.

Le deuxième chapitre présente le premier article publié dans *OMEGA-Journal of Death and Dying* le 7 avril 2024, soit une recension systématique des recherches scientifiques concernant les associations entre les facteurs post-homicides et la santé mentale des PEH. Cet article permet de répondre à l'objectif 1 de cette thèse. Cet article évalue de manière critique les qualités méthodologiques, dont les forces et les lacunes des études sélectionnées. Cet article permet de proposer des recommandations futures et de mieux comprendre le rôle des facteurs post-homicides (p. ex., cognitions, stratégies d'adaptation) sur la santé mentale des PEH.

Le troisième chapitre présente les résultats du deuxième article publié dans *Homicide Studies* le 3 août 2025. Cet article permet de répondre à l'objectif 2, 3 et 4 de cette thèse. Premièrement, il compare les niveaux de symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie entre les PEH ayant été présents au procès et ceux n'y ayant pas été présents. Deuxièmement, il examine si la relation entre le soutien social perçu, les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie des PEH est modérée par la présence au procès. Troisièmement, il examine, et ce, uniquement chez les PEH ayant été présents à un procès, si les facteurs liés au procès sont associés aux symptômes de TSPT et à la satisfaction envers la vie, et ce, au-delà du soutien social perçu et du temps écoulé depuis l'homicide. Cette étude quantitative et transversale permet de spécifier le rôle de la présence au procès et des facteurs liés au procès (c.-à-d., perception de justice, détresse durant le procès et l'insatisfaction avec le verdict) sur les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie des PEH. Surtout, cet article permet de mieux comprendre l'interaction entre la présence au procès, les facteurs liés au procès et le soutien social perçu. En examinant ces facteurs, cet article permet de mettre en évidence l'importance d'adapter l'accompagnement des PEH en fonction des facteurs spécifiques à leur expérience, comme le procès et les facteurs associés, et des facteurs communs à toutes les personnes victimes d'événements traumatiques, comme le soutien social perçu. Cette étude est effectuée auprès de 149 PEH, dont 63 ayant été à un procès et 86 n'ayant pas été présents à ce dernier.

Le quatrième chapitre de cette thèse propose une discussion générale intégrant les résultats des deux études réalisées. Il présente les implications théoriques, cliniques, sociales, ainsi que les forces et les limites de cette thèse. Enfin, la conclusion présente une synthèse des principales découvertes de cette thèse et suggère des pistes à suivre pour de futures recherches.

La section Annexe comprend plusieurs documents pertinents qui ont été utilisés au cours de ce projet doctoral. Nous y retrouvons les certificats d'approbation et de renouvellement éthique, le formulaire de consentement de l'étude quantitative, les questionnaires utilisés dans cette dernière ainsi que la documentation transmise aux organismes partenaires à différents moments de cette thèse.

CHAPITRE 2

ARTICLE 1: MENTAL HEALTH OF HOMICIDALLY BEREAVED INDIVIDUALS: A SYSTEMATIC REVIEW OF POST-HOMICIDE FACTORS

Ce deuxième chapitre constitue une recension systématique des études scientifiques visant des facteurs post-homicides qui pourraient être associés à la santé mentale des proches endeuillés par homicide (PEH). Ce premier article de thèse répond au premier objectif de cette thèse qui vise à recenser les facteurs post-homicides identifiés par la littérature comme étant associés à la santé mentale des PEH. Il permet d'analyser les forces et les limites de ces études et de proposer des recommandations pour les recherches futures.

Trois bases de données bibliographiques, soit PsycInfo, Pubmed et Scopus, ont été consultées à l'aide de mots clés génériques. L'inclusion de 3917 articles basés sur des critères de rétention exigeants aura permis d'analyser 35 articles au total. Une analyse des risques de biais a été effectuée pour chaque étude et les résultats montrent un risque de biais moyen équivalent à 14,9. Les résultats de ces 35 articles ont été interprétés. Les facteurs post-homicides identifiés ont été divisés en six catégories, soit les facteurs liés au système de justice criminelle (SJC; $n = 18$), sociaux ($n = 15$), liés aux stratégies d'adaptation ($n = 14$), cognitifs ($n = 7$), émotionnels ($n = 2$), et d'autres facteurs ne correspondant pas à ces dernières catégories ($n = 20$, p. ex., temps écoulé depuis l'homicide, événements traumatiques vécus depuis l'homicide). L'analyse des forces et des limites des études ainsi que des retombées cliniques est également présentée dans cet article. Cet article a été publié en anglais dans le *OMEGA-Journal of Death and Dying* et est reproduit dans sa version officielle publiée dans les prochaines pages.

Ce chapitre est constitué d'un article de recension systématique rédigé en anglais et publié dans le journal scientifique *OMEGA-Journal of Death and Dying*, le 7 avril 2024.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2023.2239740>

Mental Health of Homicidally Bereaved Individuals:
A Systematic Review of Post-Homicide Factors

Sarah Lebel, BSc, Olivier Lépine, BSc and Pascale Brillon, PhD¹

¹Research Laboratory, Trauma et Résilience, Psychology Department, Université du Québec à Montréal
The authors have no conflicts of interest to disclose.

This work is supported by the Fonds de Recherche du Québec-Société et Culture under Grant 327830.

Olivier Lépine <http://orcid.org/0000-0002-1960-4766>

Pascale Brillon <http://orcid.org/0000-0002-0175-095X>

Sarah Lebel <http://orcid.org/0000-0002-4731-9401>

Correspondence concerning this article should be addressed to Pascale Brillon, Psychology Department, Université du Québec à Montréal, C.P.8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8.
E-mail: brillon.pascale@uqam.ca

2.1 Abstract

Experiencing the homicide of a loved one has a substantial impact on the mental health of family members and friends who must survive their loved one's tragic death. This systematic review aims to synthesize the current findings on post-homicide factors and identify the factors most frequently related to the mental health of homicidally bereaved individuals (HBI). Four databases were searched (PsycINFO, SCOPUS, Sociological Abstract, PubMed). The selection of studies was based on a peer review process conducted by two independent researchers to ensure interrater reliability. The articles were screened to ensure the presence of homicidally bereaved adults, resulting in a total of 35 eligible papers to be considered in the current review. Factors were organized into categories, with the criminal justice system-related factors ($n = 18$), social factors ($n = 17$), and coping factors ($n = 13$) being the most prevalent. This review identifies clinical avenues for preventing distress and fostering the well-being of HBI.

Keywords: homicide, bereavement, adults and death, grief, loss

2.2 Introduction

Losing a loved one to homicide is a tremendously disturbing experience (Kristensen et al., 2012). It has been estimated that for each homicide, seven to ten individuals close to the victim are negatively affected in several areas of their life (Redmond, 1989). They may experience difficulties returning to work, adjusting to new roles, such as becoming a widowed parent, face financial burdens, or be required to attend criminal justice proceedings (Connolly & Gordon, 2015). In addition to these consequences, a systematic review has shown that homicidally bereaved individuals (HBI) report high levels of posttraumatic stress (PTS) and

prolonged grief (PG) symptoms (van Denderen et al., 2015). In fact, lifetime prevalence of PTS disorder among the HBI significantly surpasses that of the general population, with occurrences ranging from 19.1% to 71%, compared to just 2.4%–3.5% in the general population (Van Ameringen et al., 2008). The DSM-5-TR criteria for PG disorder emphasizes the presence of intense yearning or longing for the deceased, as well as preoccupation with thoughts or memories of the deceased. A recent study demonstrated that 34.3% of their sample of bereaved individuals met PG disorder criteria (Thieleman et al., 2023). Moreover, mental health problems are markedly more severe among HBI than other bereaved populations, such as those bereaved by suicide, accident, or nonviolent death (Boelen et al., 2015; Murphy et al., 1999, 2003). In addition, findings by Simmons et al. (2014) indicate that the well-being of HBI may also be significantly impaired. In fact, results from this study highlighted that HBI reported relatively low levels of satisfaction with their lives. The posttraumatic growth (i.e., significant positive change following challenging life circumstances; Tedeschi & Calhoun, 1995) of young adults who have lost a loved one to homicide, accident, or suicide ($M = 57.5$; Currier et al., 2013) has also shown to be quite low in comparison to other traumatized individuals, such as female victims of intimate partner violence ($M = 68.1$; Cobb et al., 2006). In order to develop a more complete understanding of mental health, the dual-continua or dual-factor models of mental health (Keyes, 2005; Massé et al., 1998) emphasize the importance of considering positive (e.g., well-being) and negative (e.g., distress) dimensions of mental health as distinct constructs, rather than two ends of a single spectrum. That is, mental health is not uniquely the absence of distress but includes the presence of positive psychological states, such as well-being.

Previous studies have revealed significant variations among HBI in the intensity of their psychological distress. Therefore, it appears imperative for researchers to identify the factors responsible for these variations. To this end, three types of factors clarify the underlying explanatory processes of mental health in trauma victims (Sayed et al., 2015). First, *peritraumatic factors* refer to factors related to the traumatic event itself, such as its characteristics, the circumstances (e.g., witnessing the homicide), and the emotions experienced during the event, or in the days surrounding it (e.g., experience of helplessness). Second, *pretraumatic factors* are those present prior to the traumatic event. These refer to factors such as the quality of the relationship with the deceased. Third, posttraumatic factors occur after the trauma and can affect cognition, such as the beliefs an individual holds about the world. *Posttraumatic factors* are of particular interest as they are often malleable dimensions that can be targeted in therapy to promote resilience and reduce PTS symptoms (Bourdon, et al., 2019).

Joseph et al. (1995)'s Integrative Model of Psychosocial Factors Relating to Adaptation to Traumatic Stress presents key psychosocial factors that may influence posttraumatic distress. This model categorizes factors into three levels: *cognitive* (e.g., appraisals of the traumatic event), *coping* (e.g., religious coping strategies), and *social* (e.g., social support from a loved one). Moreover, *emotional factors* following the traumatic event can influence the appearance of later psychological states. For example, anger and rage are emotional states that could aggravate PTS symptoms (Riggs et al., 1992). Furthermore, unique experiences, such as interacting with the criminal justice system (CJS) following the loss of a loved one by homicide, could represent an additional stressful event (Gekoski et al., 2013). In recent years, researchers have been particularly interested in the potential deleterious effect of experiences with the CJS on the victim's mental health. The literature has addressed this effect in various ways. Of particular interest is the *perception of justice* as it has been argued that perceptions of fairness can reduce the stress associated with uncertainty and help with the coping process (Van den Bos & Lind, 2002). To date, most frameworks in the scientific literature have focused on one specific dimension of the perception of justice, with the exception of Colquitt (2001). Colquitt identified four types of perceptions of justice that can impact effective organizational functioning: 1) distributive (i.e., quality of the decision outcomes); 2) procedural (i.e., quality and fairness of the procedures or formal rules); 3) interpersonal (i.e., quality of treatment by authorities); and 4) informational (i.e., quality of information provided by authorities). Along with the perception of justice, *satisfaction with the CJS* can uniquely contribute to the experience of victims in the CJS, and in turn, impact their mental health. For example, offering interventions that are voluntary and flexible, both in terms of objective and scheduling, has been shown to maintain victim satisfaction with the CJS (Van Camp & Wemmers, 2013), which to our knowledge, cannot be explained by current conceptualizations of perceptions of justice. This suggests that the level of satisfaction with the CJS involves more than just the perception of justice. Both Colquitt's model and the level of satisfaction with the CJS help to highlight the contributions of unique factors, such as CJS-related factors, in the bereavement of homicide victims. The existing research indicates that these factors have a substantial impact on the mental health of adults exposed to traumatic events (e.g., military, natural disaster, criminal acts, accidents, and others; Boulware & Bui, 2016; Lens et al., 2015; Matthews & Marwit, 2004; Levi-Belz and Lilac Lev-Ari, 2019).

Previous systematic reviews dealt with various aspects of HBI, such as prevalence rates of distress symptoms in HBI (van Denderen et al., 2015), the impact of the homicide on their life (Connolly & Gordon, 2015), and their perception of the effectiveness of interventions (Alves-Costa, et al., 2021). However, they

did not provide an overview of the current evidence concerning the role of post-homicide factors on the mental health of the bereaved. A systematic review of this particular topic could help to enlighten mental health professionals on critical post-homicide factors identified in the scientific literature, guiding them to develop more effective treatment strategies to mitigate distress and enhance the well-being of HBI. Therefore, the objective of this review is to summarize the current scientific literature on *post-homicide factors* (i.e., factors occurring after the homicide) that contribute to the mental health, namely distress and well-being, of HBI using a narrative synthesis based on the production standards of Dagenais et al. (2013).

2.3 Method

Search Strategy and Study Selection

Specific keywords were systematically searched in the following four databases regardless of date or language: PsycINFO, SCOPUS, Sociological Abstract, and PubMed. The following keywords were entered into each database: (homicid* OR murder OR manslaughter OR assassination) AND (surviv* OR “co-victim*” OR “covictim*” OR “secondary victim*” OR bereave*). To ensure a large enough scope in which all mental health indicators could be included, no keywords were specified in the search string concerning mental health. Three additional searches were conducted: 1) searches for the keywords using Google Scholar; 2) manual searches in the reference lists of three systematic reviews about HBI; and 3) establishing contact with the first author of the included articles to inquire about unpublished research or known eligible articles. Four additional articles were identified using this strategy. This systematic search was completed in December 2021. Following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines, the protocol for this review was registered in Prospero [registration number; CRD42022234219].

Five inclusion criteria were established to determine the eligibility of the articles: 1) the inclusion of only homicidally bereaved individuals; 2) being 18 years of age or older; 3) conducting one statistical or qualitative analysis, between at least one post-homicide factor and one mental health indicator; 4) the availability of the full-text article, publication in a peer-reviewed journal and an empirical research design (i.e., quantitative, qualitative or mixed methods); and 5) the article not solely measuring intervention effectiveness.

Data Collection and Extraction

EndNote 20.2 software was used throughout the screening process. All duplicate articles were removed. All keywords, titles, and abstracts obtained were independently screened by two evaluators and articles that did not match the inclusion criteria were excluded. The full text of the remaining articles were reviewed and both evaluators' ratings of the five criteria were compared. In the event of discrepancies between evaluators, a discussion ensued until a consensus was reached. For each study, the following data was extracted by both evaluators: study design and characteristics (e.g., time since loss), post-homicide factors, and mental health indicators. Results related to the association between post-homicide factors and mental health indicators were also extracted. Once again, any discrepancies in this process were discussed until a consensus was reached.

Risk of Bias Assessment

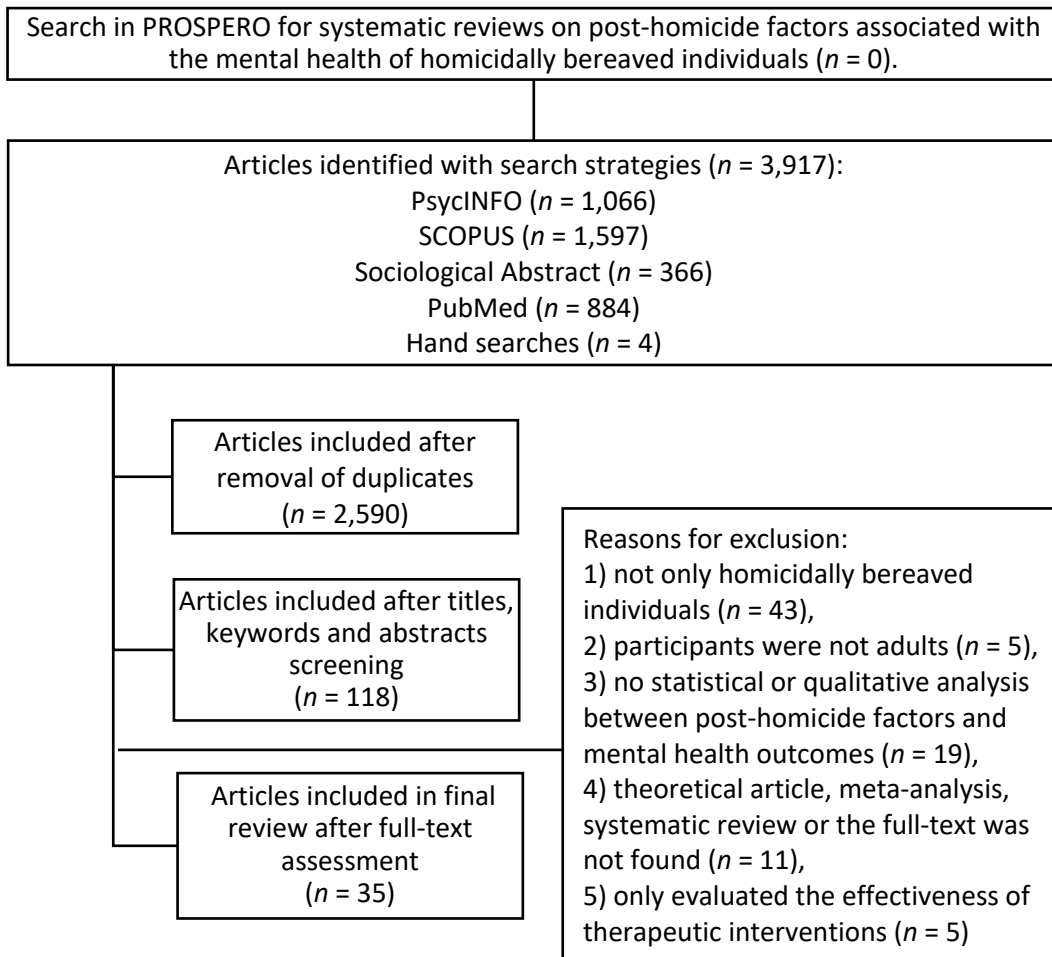
The Appraisal tool for Cross-Sectional Studies (AXIS; Downes et al., 2016) was used to assess the risk of bias of articles. This AXIS is a validated 20-item scale which provides a total score by assessing the validity and reliability of each step in a scientific study (i.e., introduction, method, results, discussion, other) with a three-point scale (0 = *No*; 1 = *Yes*; 2 = *I don't know*). A score of 1 is given for all items where "yes" is endorsed and a score of zero for items where "no" or "I don't know" are endorsed. The total score ranges from zero to 20, with higher scores indicating a lower risk of bias. Articles were reviewed using the AXIS tool and the evaluators' ratings were compared. When discrepancies were identified, a discussion among the evaluators took place until a consensus was reached. Inter-rater agreement between both evaluators was assessed to evaluate reliability.

The risk of bias assessment of our selected articles revealed a minimum score of 7/20 and a maximum score of 19/20 with a mean score of 14.9/20 (74.6%). Inter-rater reliability for the risk of bias analysis was 87.1% (agreement on 610 items out of 700) with a kappa of 0.70, which is consistent previous studies (88.9%; Downes et al., 2016). Most studies included in the current review recruited participants from community-based organizations in the United States and included measures of self-report and instruments developed specifically for their study.

2.4 Results

The database search identified 3913 articles, with an additional 4 articles identified in the reference lists and Google Scholar (total of 3917 articles). As shown by Figure 1, 2590 articles were included after the removal of duplicates; 118 were included after the titles, keywords, and abstracts screening; and 35 met full inclusion criteria after a fulltext analysis. All 35 articles were written in English. Of the 35 articles, 26 were cross-sectional in design (18 quantitative studies, 8 qualitative studies), 7 were longitudinal (1 qualitative study, 6 quantitative studies, with the time point ranging between 2 and 5), and 2 were mixed. Moreover, 22 articles included participants from the United States, four from the United Kingdom, four from the Netherlands, two from Canada, and three articles did not mention such information. A total number of 4688 HBI were studied ($M = 130$). Participants were 49.1 years old on average and the overall age range was from 18 to 86 years old. The average time elapsed since the loss was 4.4 years.

Figure 2.1 Flowchart of the Search Process, Adapted from the Recommendations of the PRISMA Guidelines



Measures used to assess post-homicide factors and mental health varied widely (e.g., self-report instruments, clinical interviews, questions developed by the authors). As illustrated in Table 1, post homicide factors (regardless of significance) associated with mental health indicators were organized into six categories based on the works of Joseph et al. (1995) and Colquitt (2001): cognitive factors, coping factors, social factors, emotional factors, CJS-related factors, and other factors. The categories of factors are presented from the most prevalent to the least prevalent. In accordance with our objectives, negative and positive dimensions of mental health were organized into distress and well-being.

Criminal Justice System (CJS) Factors and the Mental Health of HBI

CJS-related factors represent the most documented category in the existing research ($n = 18/35$). This category is further divided into three subcategories: 1) events associated with the CJS; 2) perceptions of justice; and 3) satisfaction with the CJS.

CJS-factors and Distress. For the subcategory Events Associated with the CJS, *ongoing criminal and legal proceedings* was linked to greater PTS and grieving symptoms as well as anger (Alves-Costa et al., 2018; Simmons et al., 2014; Thiel, 2016; van Denderen et al., 2016; vanWijk et al., 2017). *Acquittal* was also associated with greater anger and grieving symptoms (Thiel, 2016). Mixed results were observed for the *arrest status of the perpetrator*. In three studies, the non-prosecution of the case (Stretesky et al., 2010) and the perpetrator not being caught (Simmons et al., 2014; Wellman, 2014) were associated with more anger, despair, grieving and PTS symptoms. Similarly, Boelen et al. (2016) found that the identification, arrest, or conviction of a suspect was significantly linked to fewer PG symptoms, though it showed no associations with anger, revenge, or PTS symptoms. Furthermore, Milman et al. (2018) found that while the perpetrators' arrest was positively linked to major depression, it was not associated with PTS nor PG disorder. Two other studies indicated that desire for revenge (van Denderen et al., 2014) and symptoms of distress, namely depression, anxiety, somatization and hostility (Thompson et al., 1996), did not differ significantly as a function of the arrest status of the perpetrator.

For the subcategory Perception of Justice, *lack of information regarding the CJS* was found to be associated with worse psychological adjustment, stress and grieving symptoms (Alves-Costa, Hamilton-Giachritsis, & Halligan, 2021; Thiel, 2016). *Lack of knowledge of detectives* further served to exacerbate feeling of stress related to the loss (Stretesky et al., 2010). However, one study revealed that being informed about the

case was not significantly related to distress symptoms (Thompson et al., 1996). Overall *perception of justice* was linked to less anger (Baliko & Tuck, 2008).

For the subcategory Satisfaction with the CJS, mixed results were observed. One study reported positive and significant associations of *satisfaction with the CJS* with PG disorder and major depression (Milman et al., 2018). In contrast, in three other studies, *satisfaction with the CJS* (Amick-McMullan et al., 1989) and the police (Williams & Rheingold, 2015) were significantly linked to less depressive, PTS, and anxiety symptoms as well as better psychological adjustment. Further, *dissatisfaction with the CJS* was linked to more anger (Baliko & Tuck, 2008). Satisfaction with the police was not significantly associated with distress symptoms (Thompson et al., 1996).

Tableau 2.1 Characteristics, Results, and Quality Assessments of Included Studies (*n* = 35)

First author (year)	<i>N</i>	Post-homicide factor	Direction of association	Mental health outcome		Risk of bias
CJS-related factors (<i>n</i> = 18)						
Quantitative studies						
Amick-McMullan (1989)	19	Satisfaction with the CJS	Negative	PTS and anxiety symptoms, psychological maladjustment	D	12
Boelen (2016)	331	Having a suspect being identified, arrested, or convicted	Negative <i>ns</i>	PG symptoms Anger, revenge, PTS symptoms	D	18
Johnson (2021)	112	Perceived justice	<i>ns</i>	Posttraumatic growth	W	18
Milman (2018)	47	Perpetrator being arrested	Positive <i>ns</i>	Major depression PTS disorder, PG disorder	D	16
		Satisfaction with the police	Positive	PG disorder		
		Satisfaction with the CJS	Positive	Major depression		
Simmons (2014)	137	Ongoing prosecution or investigation, the perpetrator not being caught	Positive	PTS symptoms	D/ W	11
		Case status or case closure	<i>ns</i>	Life satisfaction		
Soydas (2020)	929	Having the verdict held during therapy	Negative	PTS and PG symptoms	D/ W	18
			Positive	General adjustment		
		<i>ns</i>	Anxiety and depressive symptoms			
		Having no verdict held during therapy	Negative <i>ns</i>	PTS symptoms PG, anxiety, and depressive symptoms, general adjustment		

Soydas (2021)	923	Having the verdict held before therapy	<i>ns</i>	Distress and depressive symptoms	D	16
Thompson (1996)	150	Police satisfaction, being informed about the case, arrest status	<i>ns</i>	Distress symptoms (i.e., depression, anxiety, somatization, hostility)	D	14
van Denderen (2014)	331	Juridical status of the perpetrator	<i>ns</i>	Dispositional revenge, situational revenge	D	16
van Denderen (2016)	312	Ongoing legal process	Positive	CG and PTS symptoms	D	16
Williams (2015)	47	Satisfaction with the police	Negative	Depressive symptoms	D	17
		Satisfaction with other CJS departments	<i>ns</i>	Depressive, PTS, and CG symptoms		
Mixed studies						
Van Wijk (2017)	62	Ongoing criminal proceedings	Positive	Anger, grieving symptoms, emotional problems	D	14
Qualitative studies						
Alves-Costa (2018)	29	Ongoing criminal proceedings	Positive	Inability to fully grieve	D	16
Alves-Costa (2021)	21	Lack of information from the CJS	Positive	Stress, maladjustment	D	16
Baliko (2008)	10	Dissatisfaction with the CJS	Positive	Anger	D	17
		Perception of justice	Negative	Anger		
Stretesky (2010)	37	Non-prosecution of the case	Positive	Anger, despair, grieving symptoms	D/ W	17
		Stopped communication with CJS	Negative	Sense-making		
		Lack of knowledge of detectives	Positive	Stress related to the loss		
Thiel (2016)	15	Experience with the CJS	Positive	Grieving symptoms	D	12
		Lack of information about the case	Positive	Grieving symptoms		
		Acquittal	Positive	Anger, grieving symptoms		
Wellman (2014)	24	Failure to apprehend a suspect	Positive	Anger	D	17
Social factors (n = 15)						
Quantitative studies						
Rheingold & Williams (2015)	47	Perceived social support following the death of a loved one	Negative	Major depression, PTS disorder	D	17
			<i>ns</i>	CG		
Rynearson (1995)	50	Seeking treatment	Positive	Bereavement and PTS symptoms, dissociation, reenactment	D	10
	929		Positive	PTS symptoms		18

Soydas (2020)		Having a funeral held during therapy	<i>ns</i>	PG, depressive, and anxiety symptoms, general adjustment	D/W	
		Having no funeral held during therapy	Positive <i>ns</i>	PG symptoms PTS, depressive, and anxiety symptoms, general adjustment		
Soydas (2021)	923	Having a funeral held before therapy	Positive	Distress and depressive symptoms	D	16
Sprang (1998)	171	Social support	Negative	PTS and grieving symptoms	D	12
Thompson (1998)	150	Parental and economic role changes	Positive	PTS and distress symptoms	D	14
		Marital role changes	<i>ns</i>	PTS and distress symptoms		
Williams (2015)	47	Barriers to accessing services	Positive <i>ns</i>	Depressive symptoms PTS and CG symptom	D	17
Mixed studies						
Bottomley (2017)	47	Need for physical assistance	Positive <i>ns</i>	Grief symptoms Depressive, PTS, and anxiety symptoms	D	14
		Satisfaction with physical assistance	Negative <i>ns</i>	Anxiety and PTS symptoms Depressive and grief symptoms		
Burke (2010)	54	% negative relationships	Positive <i>ns</i>	Dysfunction in bereavement, PTS symptoms Depressive symptoms	D	14
		Having an available support network	Negative <i>ns</i>	Dysfunction in bereavement PTS and depressive symptoms		
		Grief support	Negative <i>ns</i>	Depressive symptoms Dysfunction in bereavement, PTS symptoms		
		Perceived need for and satisfaction with social support	<i>ns</i>	Dysfunction in bereavement, PTS and depressive symptoms		
		Advice needs, % family/non-family support, % anticipated negative relationships	<i>ns</i>	Dysfunction in bereavement, depressive, and PTS symptoms		
Thompson (1996)	150	Perceived social support	Negative <i>ns</i>	Depressive symptoms, hostility Anxiety symptoms, somatization	D	14
Van Wijk (2017)	62	Reminders of the loss	Positive	Grieving symptoms	D	14
Qualitative studies						

Alves-Costa (2018)	29	Reminders of the loss, being active on social media platforms	Positive	Maladjustment, anxiety symptoms, emotional pain	D	16
Alves-Costa (2021)	21	Financial changes	Positive	Distress symptoms	D	16
Hannays-King (2015)	10	Difficulties with intimate relationships, lack of social support	Positive	Stress symptoms	D	11
		Stigma of gun violence	Positive	Shame		
Wellman (2014)	24	Family support	Negative	Grieving symptoms	D	17
Coping factors (n = 14)						
Quantitative studies						
Boelen (2016)	331	Depressive avoidance	Positive <i>ns</i>	PTS and PG symptoms Anger, revenge	D	18
		Anxious avoidance	Positive <i>ns</i>	Revenge Anger, PTS, and PG symptoms		
Burke (2011)	46	Negative religious coping	Positive	Dysfunction in bereavement	D	17
		Positive religious coping	<i>ns</i>	Dysfunction in bereavement		
Johnson (2021)	112	Being Christian	Positive	Posttraumatic growth	W	18
McDevitt-Murphy (2021)	54	Hazardous drinking	Positive	PTS, depressive, and CG symptoms	D	19
Neimeyer (2011)	46	Negative religious coping	Positive	Grief, PTS, and depressive symptoms	D	17
		Positive religious coping	<i>ns</i>			
Simmons (2014)	137	Visiting the grave	Positive	PTS symptoms	D/	11
		Being active in church, spending time with loved ones, not drinking alcohol	Positive	Life satisfaction	W	
Sprang (1998)	171	Having religious beliefs	Negative	PTS and grieving symptoms	D	12
Thompson (1997)	150	Pleading, discontent with God	Positive	PTS and distress symptoms	D	13
		Deeds	Positive	Distress symptoms		
		Religious support	Negative	Distress symptoms		
		Religious support, deeds, spiritually based coping, avoidance	<i>ns</i>	PTS symptoms		
		Spiritually based coping, avoidance	<i>ns</i>	Distress symptoms		
Tuck (2012)	8	Behavioral avoidance, positive coping, negative coping	<i>ns</i>	Distress (i.e., PTS and depressive symptoms, responses to traumatic events, grief reactions), well-being (i.e., general/spiritual well-being)	D/ W	17

Mixed studies						
-	-	-	-	-	-	-
Qualitative studies						
Baliko (2008)	10	Resilience	Positive	Personal growth	W	17
Hannays-King (2015)	10	Avoidance	Positive Negative	Grieving symptoms Grieving symptoms	D	11
Kenney (2003)	145	Balance in coping strategies	Negative	Alcohol and drug use, anger, suicidal ideation	D	7
Parappully (2002)	16	Helping others, spirituality, continuing bond with the victim, finding time to be alone	Positive	Growth, healing, joy, life satisfaction	W	12
Wellman (2014)	24	Distraction through work, having faith in religion	Negative	Grieving symptoms, emotional pain, anger, fear	D	17
Cognitive factors (n = 7)						
Quantitative studies						
Boelen (2016)	331	Catastrophic misinterpretations of grief reactions	Positive <i>ns</i>	PG symptoms PTS symptoms, anger, revenge	D	18
		Negative cognitions about the self	Positive <i>ns</i>	Anger PTS and PG symptoms, revenge		
		Negative cognitions about the future	Positive <i>ns</i>	Revenge PTS and PG symptoms, anger		
		Negative cognitions about life	<i>ns</i>	PTS and PG symptoms, anger, revenge		
Johnson (2021)	112	Meaning-making	Positive	Posttraumatic growth	W	18
Thompson (1996)	150	Self-esteem Perception of control	Negative Negative	Distress symptoms Depressive and anxiety symptoms	D	14
			<i>ns</i>	Somatization, hostility		
Tuck (2012)	8	Forgiveness, hope	<i>ns</i>	Distress symptoms, well-being	D/ W	17
Zakarian (2019)	57	Meaning making	Negative	CG and PTS symptoms	D	14
Mixed studies						
-	-	-	-	-	-	-
Qualitative studies						
Kenney (2003)	145	Rigid gender roles	Positive	Depressive symptoms	D	7
Parappully (2002)	16	Acceptance of the loss, finding meaning Thankfulness	Negative Positive	Emotional pain, feelings of rage Personal growth	D/ W	12
Emotion factors (n = 2)						

Quantitative studies						
Tuck (2012)	8	Revenge	<i>ns</i>	Distress symptoms, well-being	D/W	17
van Denderen (2014)	331	Situational revenge	Positive	PTS symptoms	D/W	16
		Dispositional and situational revenge	Negative	Positive functioning		
		Dispositional revenge	<i>ns</i>	CG symptoms		
				PTS symptoms, positive functioning		
Mixed studies						
-	-	-	-	-	-	-
Qualitative studies						
-	-	-	-	-	-	-
Other factors (n = 20)						
Quantitative studies						
Amick-McMullan (1989)	19	Time since loss	<i>ns</i>	PTS symptoms, psychological maladjustment	D	12
Boelen (2016)	331	Time since loss	<i>ns</i>	PTS and PG symptoms, revenge	D	18
Burke (2011)	46	Time since loss	<i>ns</i>	Dysfunction in bereavement	D	17
Johnson (2021)	112	Time since loss	Positive	Posttraumatic growth	W	18
McDevitt-Murphy (2012)	54	Time since loss	Negative	Anxiety and PTS symptoms, dysfunction in bereavement	D	16
			<i>ns</i>	Depressive symptoms		
Milman (2018)	47	Employment status	Positive	Major depression	D	16
Neimeyer (2011)	46	Time since loss	Negative	Grief symptoms	D	17
			<i>ns</i>	Depressive and PTS symptoms		
Rheingold & Williams (2015)	47	Being employed full-time	Positive	Major depression, PTS disorder	D	17
			<i>ns</i>	CG		
Simmons (2014)	137	Working more hours	Positive	Life satisfaction	W	11
Sprang (1998)	171	Perceived health	Negative	PTS and grieving symptoms	D	12
		Time since loss	<i>ns</i>	PTS and grieving symptoms		
Soydas (2020)	929	Time since loss	Negative	PTS and PG symptoms	D/W	18
			<i>ns</i>	Depressive and anxiety symptoms, general adjustment		
Soydas (2021)	923	Time since loss	Negative	Distress and depressive symptoms	D	16
Thompson (1996)	150	Time since loss	<i>ns</i>	Distress symptoms	D	14

Thompson (1998)	150	Experiencing trauma(s) since the murder	Positive	Distress symptoms	D	14
		Time since loss	<i>ns</i>	PTS and distress symptoms		
Tuck (2012)	8	Time since loss	<i>ns</i>	Distress symptoms, well-being	D/W	17
Van Denderen (2014)	331	Time since loss	<i>ns</i>	Dispositional revenge	D	16
Van Denderen (2016)	312	Time since loss	Negative	CG and PTS symptoms	D	16
Williams (2012)	47	Physical health	<i>ns</i>	Grief, depressive, and PTS symptoms	D	17
		Time since loss	Negative	Grief and depressive symptoms		
			<i>ns</i>	PTS symptoms		
Williams (2015)	47	Satisfaction with services for homicide victims	Negative	Depressive symptoms	D	17
			<i>ns</i>	PTS and CG symptoms		
Mixed studies						
Van Wijk (2017)	62	Time since loss	Negative	Distress symptoms	D	14
Qualitative studies						
-	-	-	-	-	-	-

CJS-Factors and Well-Being. For the subcategory Events Associated with the CJS, *having the verdict held during therapy* was significantly linked to better overall adjustment (Soydas et al., 2020). The *case being closed* did not show significant associations with life satisfaction (Simmons et al., 2014). For the subcategory Perception of Justice, *overall perceived justice* did not show significant associations with posttraumatic growth (Johnson, 2021). *Stopped communication with law enforcement* could negatively impact HBIs' sense-making abilities (Stretesky et al., 2010).

Social Factors and the Mental Health of HBI

Social factors were examined in 15 of the 35 included articles. This category is divided into two subcategories: 1) social context and 2) social support.

Social Factors and Distress. For the subcategory Social Context, *reminders of the loss* (Alves-Costa et al., 2018; van Wijk et al., 2017), *financial role changes* (Alves-Costa, Hamilton-Giachritsis, & Halligan, 2021; Thompson et al., 1998), *parental role changes* (Thompson et al., 1998), *seeking psychological treatment* (Rynearson, 1995), and *having a stigmatized status* (e.g., stigma of gun violence; Hannays-King et al., 2015)

were linked to greater psychological maladjustment, dissociation, reenactment and shame, as well as increased PTS, anxiety, distress, and grieving symptoms. *Having a funeral* was also significantly linked to more PTS (Soydas et al., 2020), depressive and distress symptoms (Soydas et al., 2021). *Barriers to accessing services* was significantly linked to more depressive symptoms, though it was not associated with PTS or grieving symptoms (Williams & Rheingold, 2015). *Marital role change* was not significantly related to PTS or distress symptoms (i.e., depression, anxiety, somatization, hostility; Thompson et al., 1998).

For the subcategory Social Support, *being active on social media platforms* (Alves- Costa et al., 2018), *having negative relationships* (Burke et al., 2010), having less social support (Hannays-King et al., 2015), and *experiencing difficulties in relationships* (Hannays-King et al., 2015) were linked to worse maladjustment, as well as increased grieving, stress, and anxiety symptoms. Having an *available support network* (Burke et al., 2010) and *family social support* (Wellman, 2014) were linked to less depressive and grieving symptoms. Having more *grief support* (i.e., social support in bereavement) was also significantly linked to less depressive symptoms; however, it was not associated with dysfunction in bereavement nor PTS symptoms (Burke et al., 2010). Mixed results were observed for *perceived, need for, and satisfaction with social support*. Perceived social support was significantly associated with fewer grieving (Sprang & McNeil, 1998), and depressive symptoms and less hostility (Thompson et al., 1996). Moreover, the need for physical assistance was significantly linked to greater grieving symptoms (Bottomley et al., 2017). Perceived social support was not significantly associated with CG (Burke et al., 2010; Rheingold & Williams, 2015).

Social Factors and Well-being. No study examined the role of social support in the well-being of HBI.

Coping Factors and the Mental Health of HBI

Out of 35 studies, 14 addressed the coping category. This category is divided into two subcategories: 1) general coping strategies and 2) religious or spiritual coping strategies.

Coping Factors and Distress. For the subcategory General Coping Strategies, *visiting the grave* was significantly linked to more PTS symptoms (Simmons et al., 2014). Performance of *deeds* (i.e., attempts to live a better life following the event) was significantly associated with greater distress symptoms (i.e., depression, anxiety, somatization, hostility), though it was not associated with PTS symptoms (Thompson & Vardaman, 1997). *Hazardous drinking* was also significantly associated with more depressive, PTS, and

CG symptoms (McDevitt-Murphy et al., 2021). *Finding a balance in coping strategies* was linked to lighter alcohol and drug use, less anger, and less suicidal ideation (Kenney, 2003). *Distraction through work* was also linked to fewer grieving symptoms, as well as less anger and fear (Wellman, 2014). Mixed results were observed for *avoidance strategies*. Boelen et al. (2016) showed that depressive avoidance (i.e., withdrawal from social, occupational, and recreational activities that could facilitate adjustment), but not anxious avoidance (i.e., avoidance of stimuli reminding the loss), was significantly linked to more PTS and PG symptoms. However, in two other studies, avoidance did not show significant associations with distress (i.e., PTS, grief, and depressive symptoms; Thompson & Vardaman, 1997; Tuck et al., 2012).

For the subcategory Religious or Spiritual Coping Strategies, *discontent with God* and *pleading*, which refers to passive dependence on God, were both significantly linked to greater distress and PTS symptoms (Thompson & Vardaman, 1997). *Negative religious coping* was also linked to more dysfunction in bereavement as well as greater PTS and depressive symptoms (Burke et al., 2011; Neimeyer & Burke, 2011). *Having religious beliefs* (Sprang & McNeil, 1998) and *faith in religion* (Wellman, 2014) were linked to less anger and fear, as well as fewer grieving and PTS symptoms. *Religious support* was significantly linked to less distress, though it was not associated with PTS symptoms (Thompson & Vardaman, 1997). Non-significant results were observed for *positive religious coping* and *spiritually-based coping and avoidance*. Positive religious coping was not significantly associated with PTS, depressive, nor grieving symptoms (Burke et al., 2011; Neimeyer & Burke, 2011; Tuck et al., 2012). Spirituallybased coping and avoidance were not significantly related to distress nor PTS symptoms (Thompson & Vardaman, 1997).

Coping Factors and Well-Being. For the subcategory General Coping Strategies, *continuing bond with the victim*, *finding time to be alone*, and *helping others* (Parappully et al., 2002) as well as *spending time with family and friends* and *not drinking alcohol* (Simmons et al., 2014) were linked to more personal growth, life satisfaction, and joy. *Resilience* (Baliko & Tuck, 2008) was also linked to more personal growth. Tuck et al. (2012) reported that *behavioral avoidance* was not significantly linked to well-being. For the subcategory Religious or Spiritual Coping Strategies, *spirituality* (Parappully et al., 2002), *being active in church* (Simmons et al., 2014), and *being Christian* (Johnson, 2021) were linked to more posttraumatic growth, life satisfaction, and joy.

Cognitive Factors and the Mental Health of HBI

Out of 35 studies, seven covered cognitive factors. This category is divided into two subcategories: 1) appraisals of the traumatic event, and 2) cognitive style.

Cognitive Factors and Distress. For the subcategory Appraisals of the Traumatic Event, *negative grief cognitions* about the self and the future, as well as catastrophic misinterpretations, were significantly linked to greater PG symptoms, more anger, and revenge (Boelen et al., 2016). *Acceptance of the loss* (Parappully et al., 2002) and *meaning-making* (Parappully et al., 2002; Zakarian et al., 2019) were both associated with less feelings of rage, and fewer grieving and PTS symptoms. Negative cognitions about life were not significantly associated with PTS nor PG symptoms nor anger nor revenge (Boelen et al., 2016). Regarding *forgiveness specific to the loss*, Tuck et al. (2012) found no significant association with distress symptoms.

For the subcategory Cognitive Styles, *endorsement of rigid gender roles* was linked to more depressive symptoms (Kenney, 2003). *Self-esteem*, such as believing oneself to be worthy, was significantly associated with fewer distress symptoms (Thompson et al., 1996). *Perception of control* was linked to fewer depressive and anxiety symptoms; however, it was not associated with somatization nor hostility (Thompson et al., 1996). *Hope* and *trait forgiveness* were not significantly linked to distress symptoms (Tuck et al., 2012).

Cognitive Factors and Well-being. For the subcategory Appraisals of the Traumatic Event, *meaning-making* was significantly linked to more posttraumatic growth (Johnson, 2021). *Forgiveness specific to the loss* was not significantly associated with well-being (Tuck et al., 2012). For the subcategory Cognitive Style, *thankfulness* was associated with more personal growth (Parappully et al., 2002). *Hope* and *trait forgiveness* were not significantly linked to well-being (Tuck et al., 2012).

Emotional Factors and the Mental Health of HBI

Out of the 35 studies, two outlined that revenge had an impact on the mental health of HBI.

Emotional Factors and Distress. *Situational revenge* (e.g., motivation to seek revenge following a transgression; McCullough et al., 1998) was significantly linked to more CG and PTS symptoms (van Denderen et al., 2014). *Dispositional revenge* (i.e., attitudes toward vengeful personal responses to perceived wrongdoing; Stuckless & Goranson, 1992) was significantly linked to more CG symptoms;

however, it was not associated with PTS symptoms (van Denderen et al., 2014). *Overall revenge* was not significantly linked to distress symptoms (Tuck et al., 2012).

Emotional Factors and Well-being. *Situational revenge* was significantly linked to poorer functioning, although, *dispositional revenge* was not significantly linked to better functioning (van Denderen et al., 2014). *Overall revenge* was not significantly linked to well-being (Tuck et al., 2012).

Other Factors and the Mental Health of HBI Out of the 35 studies, 20 mentioned post-homicide factors that were not included in the categories based on the frameworks of Joseph et al. (1995) and Colquitt (2001). We refer to these as Other factors.

Other Factors and Distress. *Experiencing a high number of traumas since the murder* was significantly linked to greater distress symptoms (Thompson et al., 1998). Additionally, *HBIs' satisfaction with services* was significantly associated with fewer depressive symptoms (Williams & Rheingold, 2015). Contradictory results were observed for *time since loss*. Eight studies reported that time since loss was not significantly associated with feelings of revenge, psychological maladjustment, PTS, distress, nor grieving symptoms (Amick-McMullan et al., 1989; Boelen et al., 2016; Burke et al., 2011; Sprang & McNeil, 1998; Thompson et al., 1996; Thompson et al., 1998; Tuck et al., 2012; van Denderen et al., 2014). In contrast, three studies demonstrated that time since loss was indeed associated with these factors (Soydas et al., 2021; van Denderen et al., 2016; vanWijk et al., 2017). *Working more hours* was linked to greater life satisfaction (Simmons et al., 2014). As for *perceived physical health*, Sprang and McNeil (1998) report that good physical health significantly predicts fewer grieving and PTS symptoms, though other researchers report conflicting findings. In fact, research by Williams et al. (2012) reveals that perceived physical health is not significantly linked to grieving, PTS, nor depressive symptoms.

Other Factors and Well-being. *Time since loss* was significantly positively linked to greater posttraumatic growth (Johnson, 2021). *Time since loss* had no significant associations with well-being (Tuck et al., 2012). No study examined the association between *traumas experienced since the murder*, *employment status*, *satisfaction with services*, or *perceived physical health* and the well-being of HBI.

2.5 Discussion

This is the first review, to our knowledge, to systematically synthesize the findings on the relationship between post-homicide factors and mental health among bereaved adults. Post-homicide factors, which refer to any factor which occurs after the homicide, were identified through database searches. Intervention-related factors were excluded as they had been previously reviewed by Alves-Costa, Hamilton-Giachritsis, Christie, et al. (2021). In total, 35 articles were included in the current review. Across these articles, the differing roles of a wide range of post-homicide factors are revealed. The most frequently documented categories included the CJS-related factors, social factors, and coping factors, followed by cognitive factors and emotional factors. Despite certain limitations, the current review provides mental health professionals with an organized compilation of the current findings in the literature, and could serve to inform practices in order to mitigate distress and promote well-being among HBI.

Strengths and Limitations of Existing Research and Implications for Future Research

Most studies included in this review were published within the last 15 years ($n = 27$; 77.14%) suggesting that research on this topic is emerging rapidly. Of particular interest is the category of CJS-related factors ($n = 18$). One of the most prevalent and consistent factors in this category is the attendance of ongoing criminal proceedings, which has been repeatedly linked to greater distress symptoms. This suggests that certain interactions with the CJS could be harmful to HBI. Future research should focus on better understanding the dimensions of the CJS which exacerbate the distress of HBI. Another CJS-related factor that is associated with greater distress across a number of studies is the perception of a lack of information on behalf of the CJS. The current review revealed a gap in the current literature regarding the examination of distributive, procedural, and interpersonal perceptions of justice. In fact, perception of procedural justice has been associated with fewer PTS symptoms among crime victims (Wemmers, 2013). Given our current knowledge that the perception of fairness in HBI could serve to reduce their anxiety (Van den Bos & Lind, 2002), it appears crucial to deepen our understanding of the role of distributive, procedural, and interpersonal perception of justice in the mental health of HBI. Furthermore, the current literature reveals contradictory results regarding satisfaction with the CJS. While some studies suggest that there is a link between healing and satisfaction with the CJS, others do not support this association. The systematic review of Kunst et al. (2015), conducted on crime victims, also revealed mixed results regarding the association between satisfaction with the CJS and emotional recovery. This discrepancy could be explained

by methodological issues, such as the use of differing assessment tools for the perception of justice and satisfaction with the CJS, which are often closely intertwined in the current literature. Shedding light on what distinguishes these two dimensions is crucial.

Various posttraumatic factors which have been identified as significant predictors in other populations have not yet been measured in HBI. For example, no study has examined the association between the assumption world views, or self-efficacy of HBI with their mental health, though associations have been established with different types of victims (Cieslak et al., 2008; Matthews&Marwit, 2004). Losing a loved one to homicide has the potential to profoundly disrupt fundamental beliefs about life, society, the world, justice, or human nature (Janoff-Bulman, 1989); in turn, understanding the role of this factor is crucial in fostering positive outcomes in the mental health of the bereaved.

Few studies have examined the positive dimensions of mental health, such as wellbeing, of HBI in relation to post-homicide factors. Of those who have, results indicate that the holding of a verdict, engaging in meaning-making, maintaining a bond with the victim, and not drinking alcohol were associated with greater posttraumatic growth, joy, and life satisfaction. However, the associations between well-being and other factors, such as satisfaction with the CJS, perceived social support, and negative cognitions, have yet to be studied. Considering the current operationalization of mental health as not only the absence of psychopathological symptoms, but also as the presence of positive psychological states (e.g., Massé et al., 1998), future studies should examine the determinants of positive mental health indicators among HBI.

Furthermore, inconsistencies concerning certain factors have been observed in the existing research. Of particular importance is the relationship between social support and grieving symptoms. As expected, a negative association was observed between perceived social support and grieving symptoms, in a study by Sprang and McNeil (1998). However, a different study (Burke et al., 2010) reported a non-significant relationship between perceived grief support and grieving symptoms. This suggests that HBI might benefit more from general social support than from support specific to their grief. Additionally, greater need for physical assistance was unexpectedly associated with more grieving symptoms in a study by Bottomley et al. (2017). It is possible that the high level of distress, or the high needs of HBI, lead to a depletion of resources on behalf of the HBIs' sources of social support, as suggested by Bottomley et al. (2017). The supporters' exhaustion could further lead to them to withdraw or become unavailable. In turn, the social support received by HBI might not be in line with their needs or desires, which could decrease their well-

being (e.g., Siewert et al., 2011). These findings highlight the need for future studies to investigate the discrepancies between desired support (or the need for support) and support received.

Most studies included in our review are cross-sectional, which prevents our ability to make inferences about causality and the direction of the relationship between post-homicide factors and mental health dimensions. In fact, only seven studies included multiple time points. In the study of Burke et al. (2011), CG symptoms at the first time point predicted more negative religious coping at the second time point. Therefore, future studies should opt for longitudinal designs to highlight the bidirectional relationship between post-homicide factors and mental health.

The AXIS tool was applied to assess the risk of bias. Most studies had a large sample size, which represents an important methodological strength. However, the quality of the studies varied significantly, suggesting that the results of studies with high risk of bias should be interpreted with caution. More specifically, sampling biases, such as most participants being recruited from community-based organizations aimed at helping them cope with their loss, may lead to a sample of HBI that are more psychologically distressed than those who are not seeking care. In turn, results might not be representative of the population of HBI not seeking mental health services and should be interpreted with caution. Other methodological concerns include the measurement of post-homicide factors and mental health dimensions. Most of the included studies did not use structured clinical interviews but rather self-report measures (some developed assessment tools specifically for their study), which could decrease the validity of the result obtained as well lead to an overestimation of the symptoms reported by HBI (Thombs et al., 2018). Future studies should favor clinician-administered interviews or validated instruments such as the PCL-5 (Weathers et al., 2013) and the Organizational Justice Scale (Colquitt, 2001).

Strengths and Limitations of the Systematic Review

This review systematically included both positive and negative dimensions of mental health, as recommended by dual-continua or dual-factor models (e.g., Massé et al., 1998). This constitutes an important strength of our current review and distinguishes it from reviews conducted previously (e.g., Tankersley et al., 2021). Also, the inclusion of different types of research designs allows for a broader understanding of the lived experience of HBI. However, the heterogeneity of research designs and of mental health measures made comparisons difficult and could explain some of the mixed findings. As such, it was more appropriate to conduct a narrative synthesis than a meta-analysis. In an effort to reduce the

risk of publication bias, our review includes studies that did not find a significant relationship between post-homicide factors and mental health indicators. Results also suggest good inter-rater reliability scores in the risk of bias assessments. However, articles were not excluded according to their score on the AXIS, constituting an important consideration for the interpretation of the results of studies with higher risk of bias.

In order to be included in this review, articles could only include HBI, which lead to the exclusion of many studies with heterogeneous samples of bereaved individuals (e.g., those bereaved by violent death including homicide, suicide, or accident). In the current literature, considerable discrepancies are observed between the experiences of HBI and those bereaved by other types of deaths, in terms of their cognitions and the intensity of their distress (Murphy et al., 2003). Therefore, focusing only on HBI allowed for a unique focus on factors specific to their mental health. However, we encourage future research to focus on the differences between HBI and other individuals bereaved in terms of their mental health and post-loss factors.

Clinical Implications and Conclusion

This review could help mental health workers prepare a more adequate treatment plan for reducing the distress and improving the well-being of HBI. Addressing significant harmful factors, such as the painful experience of HBI with the CJS and their resulting perceptions of injustice, could be validating and beneficial for the bereaved. Significant post-homicide factors related to resilience, such as meaning-making and anger management, could be utilized advantageously in counselling. For example, mental health workers could focus on helping HBI integrate their experience of the loss into their existing understanding of themselves, others, and the world to help them find a certain level of serenity and purpose in their suffering (Pearlman et al., 2014). Mental health professionals could also use cognitive restructuring to promote flexibility in HBI's assumptions about the meaningfulness of the world (Resick et al., 2016). Training the CJS personnel about the characteristics of this population appears crucial. For instance, implementing training programs that encourage CJS personnel to consider the needs of HBI and communicate with them in a fair, appropriate, and sensitive manner could be crucial. Recommendations such as these could be made to the CJS to better support HBI in their court attendance. Finally, although many mental health workers are reluctant to address religious beliefs, the scientific literature indicates

that they may significantly impact post-homicide distress and should therefore be included in the therapeutic process.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work is supported by the Fonds de Recherche du Québec Société et Culture under Grant 327830.

Supplemental Material

Supplemental material for this article is available online.

2.6 References

- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., & Halligan, S. (2021). "Everything changes": Listening to homicidally bereaved individuals' practice and intervention needs. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), NP2954–NP2974. <https://doi.org/10.1177/0886260518766558>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., & Halligan, S. L. (2018). Self-perception of adaptation among homicidally bereaved individuals following a psychoeducational intervention: A UK longitudinal qualitative study. *BMJ Open*, 8(8), Article e020443. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020443>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., van Denderen, M., & Halligan, S. (2021). Psychological interventions for individuals bereaved by homicide: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 22(4), 793–803. <https://doi.org/10.1177/1524838019881716>
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Smith, S. (1989). Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 2(1), 21–35. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020104>

- Baliko, B., & Tuck, I. (2008). Perceptions of survivors of loss by homicide: Opportunities for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(5), 26–34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080501-02>
- Boelen, P. A., De Keijser, J., & Smid, G. (2015). Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 382–390. <https://doi.org/10.1037/tra0000018>
- Boelen, P. A., van Denderen, M., & de Keijser, J. (2016). Prolonged grief, posttraumatic stress, anger, and revenge phenomena following homicidal loss: The role of negative cognitions and avoidance behaviors. *Homicide Studies*, 20(2), 177–195. <https://doi.org/10.1177/1088767915580674>
- Bottomley, J. S., Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2017). Domains of social support that predict bereavement distress following homicide loss. *Omega*, 75(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/0030222815612282>
- Boulware, D. L., & Bui, N. H. (2016). Bereaved African American adults: The role of social support, religious coping, and continuing bonds support, religious coping, and continuing bonds. *Journal of Loss and Trauma*, 21(3), 192–202.
- Bourdon, D. É., El-Baalbaki, G., Girard, D., Lapointe-Blackburn, É., & Guay, S. (2019). Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: A systematic review. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3(1), 33–47. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.09.005>
- Burke, L., Neimeyer, R., & McDevitt-Murphy, M. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *Omega*, 61(1), 1–24. <https://doi.org/10.2190/OM.61.1.a>
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., McDevitt-Murphy, M. E., Ippolito, M. R., & Roberts, J. M. (2011). Faith in the wake of homicide: Religious coping and bereavement distress in an African American Sample. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 21(4), 289–307. <https://doi.org/10.1080/10508619.2011.607416>
- Cieslak, R., Benight, C. C., & Caden Lehman, V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 788–798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.007>
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 895–903. <https://doi.org/10.1002/jts.20171>
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386–400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Connolly, J., & Gordon, R. (2015). Co-Victims of homicide: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(4), 494–505. <https://doi.org/10.1177/1524838014557285>

- Currier, J. M., Mallot, J., Martinez, T. E., Sandy, C., & Neimeyer, R. A. (2013). Bereavement, religion, and posttraumatic growth: A matched control group investigation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(2), 69–77. <https://doi.org/10.1037/a0027708>
- Dagenais, P., Martin, V., & Renaud, J. (2013). Les normes de production des revues systématiques. In *Guide méthodologique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (INESSS).
- Downes, M. J., Brennan, M. L., Williams, H. C., & Dean, R. S. (2016). Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). *BMJ Open*, 6(12), Article e011458. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011458>
- Gekoski, A., Adler, J. R., & Gray, J. M. (2013). Interviewing women bereaved by homicide: Reports of secondary victimization by the criminal justice system. *International Review of Victimology*, 19(3), 307–329. <https://doi.org/10.1177/0269758013494136>
- Hannays-King, C., Bailey, A., & Akhtar, M. (2015). Social support and Black mothers' bereavement experience of losing a child to gun homicide. *Bereavement Care*, 34(1), 10–16. <https://doi.org/10.1080/02682621.2015.1028199>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113–136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Johnson, S. (2021). A survey study of spiritual change and related factors among the surviving loved ones of homicide victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24), NP13463–NP13486. <https://doi.org/10.1177/0886260520905550>
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515–544. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00029-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00029-O)
- Kenney, J. S. (2003). Gender roles and grief cycles: Observations on models of grief and coping in homicide cases. *International Review of Victimology*, 10(1), 19–47. <https://doi.org/10.1177/026975800301000102>
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kristensen, P., Weisaeth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, 75(1), 76–97. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>
- Kunst, M., Popelier, L., & Varekamp, E. (2015). Victim satisfaction with the criminal justice system and emotional recovery: A systematic and critical review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(3), 336–358. <https://doi.org/10.1177/1524838014555034>
- Lens, K. M., Pemberton, A., Brans, K., Braeken, J., Bogaerts, S., & Lahlah, E. (2015). Delivering a victim impact Statement: Emotionally effective or counter-productive? *European Journal of Criminology*, 12(1), 17–34. <https://doi.org/10.1177/1477370814538778>

- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Is there anybody out there? Attachment style and interpersonal facilitators as protective factors against complicated grief among suicide loss survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(3), 131–136. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Béclair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and wellbeing measures. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 475–504. <https://doi.org/10.1023/A:1006992032387>
- Matthews, L. T., & Marwit, S. J. (2004). Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 48(2), 115–136. <https://doi.org/10.2190/KCB0-NNVB-UGY6-NPYR>
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L. J., Brown, S.W., & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1586–1603. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.6.1586>
- McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Williams, J. L., & Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303–311. <https://doi.org/10.1037/a0024911>
- McDevitt-Murphy, M. E., Zakarian, R. J., Luciano, M. T., Olin, C. C., Mazzulo, N. N., & Neimeyer, R. A. (2021). Alcohol use and coping in a cross-sectional study of African American homicide survivors. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 20(1), 135–150. <https://doi.org/10.1080/15332640.2019.1598905>
- Milman, E., Williams, J. L., Bountress, K., & Rheingold, A. A. (2018). The relationship between experiences with the criminal justice system and mental health outcomes among survivors of homicide. *Violence and Victims*, 33(2), 310–329. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00124>
- Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C., & Beaton, R. D. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 273–291. <https://doi.org/10.1023/A:1024724425597>
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies*, 27(1), 39–61. <https://doi.org/10.1080/07481180302871>
- Neimeyer, R. A., & Burke, L. A. (2011). Complicated grief in the aftermath of homicide: Spiritual crisis and distress in an African American sample. *Religions*, 2(2), 145–164. <https://doi.org/10.3390/rel2020145>
- Parappully, J., Rosenbaum, R., Van Den Daele, L., & Nzewi, E. (2002). Thriving after trauma: The experience of parents of murdered children. *Journal of Humanistic Psychology*, 42(1), 33–70. <https://doi.org/10.1177/0022167802421003>

- Pearlman, L. A., Wortman, C. B., Feuer, C. A., Farber, C. H., & Rando, T. A. (2014). *Treating traumatic bereavement: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- Redmond, L. M. (1989). *Surviving: When someone you love was murdered: A professional's guide to group grief therapy for families and friends of murder victims*. Psychological Consultation and Education services.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Publications.
- Rheingold, A. A., & Williams, J. L. (2015). Survivors of homicide: Mental health outcomes, social support, and service use among a community-based sample. *Violence and Victims, 30*(5), 870–883. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00026>
- Riggs, D. S., Dancu, C. V., Gershuny, B. S., Greenberg, D., & Foa, E. B. (1992). Anger and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*(4), 613–625. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050410>
- Rynearson, E. K. (1995). Bereavement after homicide: A comparison of treatment seekers and refusers. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 166*(4), 507–510. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.507>
- Sayed, S., Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports, 17*(8), 612. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0612-y>
- Siewert, K., Antoniow, K., Kubiak, T., & Weber, H. (2011). The more the better? The relationship between mismatches in social support and subjective well-being in daily life. *Journal of Health Psychology, 16*(4), 621–631. <https://doi.org/10.1177/1359105310385366>
- Simmons, C. A., Duckworth, M., & Tyler, E. (2014). Getting by after a loved one's death by homicide: The relationship between case status, trauma symptoms, life satisfaction, and coping. *Violence and Victims, 29*(3), 506–522. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00114>
- Soydas, S., Smid, G. E., Goodfellow, B., Wilson, R., & Boelen, P. A. (2020). The UK national homicide therapeutic service: A retrospective naturalistic study among 929 bereaved individuals. *Frontiers in Psychiatry, 11*(2020), 878. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00878>
- Soydas, S., Smid, G. E., Lenferink, L. I., Djelantik, A. M. J., Goodfellow, B., Wilson, R., & Boelen, P. A. (2021). Psychopathology in a treatment-seeking sample of homicidally bereaved individuals: Latent class analysis. *Journal of Affective Disorders, 292*(2021), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.026>
- Sprang, G., & McNeil, J. (1998). Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 37*(1), 41–58. <https://doi.org/10.2190/GCGW-86DC-A30R-286A>

- Stretesky, P. B., Shelley, T. O., Hogan, M. J., & Unnithan, N. P. (2010). Sense-making and secondary victimization among unsolved homicide co-victims. *Journal of Criminal Justice, 38*(5), 880–888. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.06.003>
- Stuckless, N., & Goranson, R. (1992). The vengeance scale: Development of a measure of attitudes toward revenge. *Journal of Social Behavior and Personality, 7*(1), 25–42. <https://www.proquest.com/openview/73e160085ff3a7b621b5b0412b9253f3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1819046>
- Tankersley, A. P., Grafsky, E. L., Dike, J., & Jones, R. T. (2021). Risk and resilience factors for mental health among transgender and gender nonconforming (TGNC) youth: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 24*(2), 183–206. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00344-6>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage.
- Thiel, D. (2016). Moral truth and compounded trauma: The effects of acquittal of homicide defendants on the families of the victims. *Homicide Studies, 20*(3), 199–219. <https://doi.org/10.1177/1088767915600200>
- Thieleman, K., Cacciatore, J., & Frances, A. (2023). Rates of Prolonged Grief Disorder: Considering relationship to the person who died and cause of death. *Journal of Affective Disorders, 339*(2023), 832–837. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.094>
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Levis, A.W., & Benedetti, A. (2018). Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *Canadian Medical Association Journal, 190*(2), E44–E49. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170691>
- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Ruback, R. B. (1998). Comparative distress levels of inner-city family members of homicide victims. *Journal of Traumatic Stress, 11*(2), 223–242. <https://doi.org/10.1023/A:1024494918952>
- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Ruback, R. B. (1996). System influences on posthomicide beliefs and distress. *American Journal of Community Psychology, 24*(6), 785–809. <https://doi.org/10.1007/BF02511035>
- Thompson, M. P., & Vardaman, P. J. (1997). The role of religion in coping with the loss of a family member to homicide. *Journal for the Scientific Study of Religion, 36*(1), 44–51. <https://doi.org/10.2307/1387881>
- Tuck, I., Baliko, B., Schubert, C. M., & Anderson, L. (2012). A pilot study of a weekend retreat intervention for family survivors of homicide. *Western Journal of Nursing Research, 34*(6), 766–794. <https://doi.org/10.1177/0193945912443011>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience and Therapeutics, 14*(3), 171–181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>

- Van Camp, T., & Wemmers, J. A. (2013). Victim satisfaction with restorative justice: More than simply procedural justice. *International Review of Victimology*, *19*(2), 117–143.
<https://doi.org/10.1177/0269758012472764>
- Van den Bos, K., & Lind, E. A. (2002). Uncertainty management by means of fairness judgments. In *Advances in Experimental Social Psychology*. (34, pp. 1–60). Academic Press.
- van Denderen, M., de Keijser, J., Gerlsma, C., Huisman, M., & Boelen, P. A. (2014). Revenge and psychological adjustment after homicidal loss. *Aggressive Behavior*, *40*(6), 504–511.
<https://doi.org/10.1002/ab.21543>
- van Denderen, M., de Keijser, J., Huisman, M., & Boelen, P. A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, *31*(2), 207–227.
<https://doi.org/10.1177/0886260514555368>
- van Denderen, M., de Keijser, J., Kleen, M., & Boelen, P. A. (2015). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, *16*(1), 70–80.
<https://doi.org/10.1177/1524838013515757>
- van Wijk, A., Leiden, I. V., & Ferwerda, H. (2017). Murder and the long-term impact on covictims: A qualitative, longitudinal study. *International Review of Victimology*, *23*(2), 145–157.
<https://doi.org/10.1177/0269758016684421>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD at. www.ptsd.va.gov
- Wellman, A. R. P. (2014). Faith without answers: The use of religion among cold case homicide survivors. *OMEGA*, *69*(1), 19–39. <https://doi.org/10.2190/OM.69.1.b>
- Wemmers, J. A. (2013). Victims' experiences in the criminal justice system and their recovery from crime. *International Review of Victimology*, *19*(3), 221–233.
<https://doi.org/10.1177/0269758013492755>
- Williams, J. L., Burke, L. A., McDevitt-Murphy, M. E., & Neimeyer, R. A. (2012). Responses to loss and health functioning among homicidally bereaved African Americans. *Journal of Loss and Trauma*, *17*(4), 358–375. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.635583>
- Williams, J. L., & Rheingold, A. A. (2015). Barriers to care and service satisfaction following homicide loss: Associations with mental health outcomes. *Death Studies*, *39*(1-5), 12–18.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2013.846949>
- Zakarian, R. J., McDevitt-Murphy, M. E., Bellet, B. W., Neimeyer, R. A., & Burke, L. A. (2019). Relations among meaning making, PTSD, and complicated grief following homicide loss. *Journal of Loss and Trauma*, *24*(3), 279–291. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1565111>

Author Biographies

Sarah Lebel, BA, is a graduate student in the Department of Psychology at Université du Québec à Montréal in Canada. Currently, her research concentrates on the posthomicide factors influencing the mental health of people who have lost a loved one to homicide, and how interacting with the criminal justice system could represent an additional stressful event for the bereaved.

Olivier Lépine, BA, is a graduate student in the Department of Psychology at Université du Québec à Montréal in Canada. His research focuses on the post-aggression factors, more importantly the minority stress factors, influencing the distress of gay men and heterosexual men who have experienced trauma of a physical or sexual nature.

Pascale Brillon, PhD, is a professor of psychology, in the Department of Psychology at Université du Québec à Montréal in Canada, and the director of the Trauma and Resilience research laboratory. She is also the director of the Alpha Institute in Montreal and a clinical psychologist specializing in the treatment of post-traumatic stress and traumatic grief. Dre Brillon has published 4 books, 4 chapters and more than 35 scientific articles and in 2022, she received the Prix Professionnel de l'Ordre des Psychologues du Québec awarded every two years to a psychologist in recognition of "outstanding professional achievements". She trains psychologists, psychiatrists and carers throughout the French-speaking world.

CHAPITRE 3

ARTICLE 2: PTSD SYMPTOMS AND LIFE SATISFACTION OF HOMICIDALLY BEREAVED INDIVIDUALS: TRIAL ATTENDANCE, TRIAL-RELATED FACTORS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Ce troisième chapitre est constitué d'un article rédigé en anglais et publié dans le journal scientifique *Homicide Studies* le 3 août 2025.

Nous estimons qu'entre 45102 et 75170 Canadiens ont gravement été affectés par la mort par homicide d'un de leur proche au cours des dix dernières années (Statistiques Canada, 2024). La perte d'un proche à la suite d'un homicide affecte sévèrement plusieurs sphères de vie des proches endeuillés, notamment sur le plan psychologique. De nombreuses études montrent que les proches endeuillés par homicide (PEH) rapportent des niveaux élevés de symptômes de trouble de stress post-traumatiques (TSPT) ainsi qu'une faible satisfaction envers leur vie. Surtout, la majorité des PEH assistent au procès de la personne accusée du crime, et cette expérience est souvent considérée comme étant douloureuse par ces derniers. Pourtant, très peu d'études quantitatives se sont intéressées à son association avec la santé mentale dans cette population. En plus de ce stressor spécifique, de nombreux modèles théoriques ont montré l'importance du soutien social dans l'adaptation psychologique à un événement traumatique. Les résultats de quelques études qualitatives ont suggéré que le soutien social pourrait influencer la relation entre la présence au procès et la santé mentale.

Cette étude quantitative et transversale vise à examiner la contribution de la présence au procès et des facteurs associés à celui-ci sur la santé mentale des PEH, soit leurs symptômes de TSPT et leur satisfaction envers la vie. Au total, 63 PEH ayant été présents au procès et 86 PEH n'y ayant pas été ont répondu à un questionnaire en ligne. Les résultats de cette étude ont montré que la présence au procès modère la relation entre le soutien social perçu et les symptômes de TSPT. De plus, uniquement chez les PEH ayant été présents au procès, les facteurs liés au procès sont associés à la santé mentale des PEH, et ce, au-delà du soutien social perçu et du temps écoulé depuis l'homicide. Les implications cliniques sont également discutées.

Ce chapitre est constitué d'un article corrélationnel rédigé en anglais et publié dans le journal scientifique *Homicide Studies*, le 3 août 2025.

PTSD Symptoms and Life Satisfaction of Homicidally Bereaved Individuals:
Trial Attendance, Trial-Related Factors, and Perceived Social Support

Sarah Lebel, BSc and Pascale Brillon, PhD¹

¹Research Laboratory, Trauma et Résilience, Psychology Department, Université du Québec à Montréal

The authors have no conflicts of interest to disclose.

This work is supported by the Fonds de Recherche du Québec-Société et Culture under Grant 327830.

Pascale Brillon <http://orcid.org/0000-0002-0175-095X>

Sarah Lebel <http://orcid.org/0000-0002-4731-9401>

Correspondence concerning this article should be addressed to Pascale Brillon, Psychology Department, Université du Québec à Montréal, C.P.8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8. E-mail: brillon.pascale@uqam.ca

3.1 Abstract

Experiencing the homicide of a loved one can lead to considerable posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and impair life satisfaction. Beyond the loss itself, trial attendance and trial-related factors (perception of justice, distress during the trial, dissatisfaction with the verdict) can further influence the PTSD symptoms and life satisfaction of homicidally bereaved individuals (HBI). However, the relationship between trial attendance, trial-related factors and perceived social support (PSS) have not yet been examined. This study compared the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI who attended a trial and those who did not. It also investigated whether trial attendance moderated the relationship between PSS, PTSD symptoms and life satisfaction. Finally, the study explored associations between trial-related factors, PTSD symptoms and life satisfaction among HBI who attended a trial. A total of 149 participants (including 63 HBI who attended a trial and 86 who did not) completed an online questionnaire. Results showed that trial attendance moderated the association between PSS and PTSD symptoms. Trial-related factors accounted for a significant portion of the variance of PTSD symptoms and life satisfaction, beyond the contribution of PSS and time since the homicide.

Keywords: homicide survivors, mental illness, PTSD, courts, sentencing, victimization

3.2 Introduction

Experiencing the homicide of a family member has severe psychological consequences. Indeed, studies have shown that homicidally bereaved individuals (HBI) often report elevated levels of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and reduced life satisfaction (Simmons et al., 2014; van Denderen et al., 2015). Regarding PTSD symptoms, Sharpe and Iwamoto (2022) found that 17.8% of HBI met the PTSD diagnostic threshold for PTSD, defined as a score of 30 or higher. For life satisfaction, in the study of Simmons et al. (2014), scores of HBI fell in the “slightly dissatisfied life” category ($M =$ between 14.14 and 15.65; $SD =$ not reported). Beyond PTSD symptoms and life satisfaction, HBI are also at risk of developing

prolonged grief, depression, anxiety, and substance abuse (Bastomski & Duane, 2018; Miller, 2009; Rheingold et al., 2012; Rheingold & Williams, 2015; Zinzow et al., 2009). A qualitative study further suggests that when suddenly confronted with the homicide of a loved one, bereaved individuals can experience a profound loss of control, question their personal safety, and begin to avoid situations associated with the homicide (Mastrocinque et al., 2015).

Moreover, HBI are often exposed to specific stressors, such as attending a criminal trial (Alves-Costa et al., 2018; Connolly & Gordon, 2015) which is frequently experienced as distressing or even harmful (e.g., Pastia & Palys, 2016). However, to date, no quantitative study has specifically investigated the relationship between trial attendance, PTSD symptoms and life satisfaction among HBI. Qualitative studies suggest that attending a trial can exacerbate the PTSD symptoms in this population (e.g., Englebrecht et al., 2014; Metzger et al., 2015). Furthermore, studies investigating how trial-related factors (such as perception of justice, distress during the trial, and dissatisfaction with the verdict) are associated with PTSD symptoms and life satisfaction among HBI are scarce. Existing studies on the psychological impact of trial attendance and trial-related factors have focused on populations other than HBI, such as rape survivors (e.g., Campbell et al., 2001; Morissette & Wemmers, 2016; J. A. Wemmers, 2013). Nonetheless, their results suggest that such factors may also be relevant to the psychological adjustment of HBI.

In addition, prior research has yielded conflicting results regarding the association between perceived social support (PSS), a well-established protective factor, and PTSD symptoms among HBI. For instance, Rheingold and Williams (2015) showed that higher PSS is related to fewer PTSD symptoms, whereas Burke et al. (2010) reported no significant relationship between those variables. These disparities could reflect the influence of other contributors such as trial attendance and trial-related factors. However, to date, no study has examined the ways in which trial attendance and trial-related factors are related to PSS among HBI. In other populations, a study involving rape survivors found that a strong social support system is critical in helping individuals endure the significant psychological stress of legal proceedings (Feldthusen et al., 2000).

To address this gap, the present study compared the levels of PTSD symptoms and life satisfaction between HBI who attended a trial and those who did not. It also examined whether trial attendance moderates the relationship between PSS, PTSD symptoms and life satisfaction. Finally, among HBI who attended a trial,

the study investigated whether trial-related factors influence PTSD symptoms and life satisfaction beyond the contribution of PSS. All analyses controlled for the time elapsed since the homicide.

This paper shed light on a specific stressor commonly experienced by HBI, which is trial attendance. In doing so, it identifies the challenges faced by bereaved individuals following the homicide of a loved one and offers a set of recommendations for mental health professionals and criminal justice workers to better address the needs of HBI.

PTSD Symptoms and Life Satisfaction of HBI

For each homicide, 7–10 individuals close to the deceased loved one are negatively affected in several aspects of their lives (Redmond, 1989; Rheingold et al., 2012). The violent and unexpected nature of this loss can lead to considerable PTSD symptoms including intrusive thoughts, avoidance of memories or situations associated with the homicide, negative alterations of thoughts, and emotions and hypervigilance (American Psychiatric Association, 2013). The average PTSD score among HBI is considerably higher than that of individuals bereaved by accident and general populations, as assessed through undergraduate students (Ashbaugh et al., 2016; Burke et al., 2010; Djelantik et al., 2021). Additionally, the lifetime prevalence of PTSD among HBI significantly surpasses that found within the general population (19.1%–71% compared to 1.7%; Lake et al., 2020; van Denderen et al., 2015). In their systematic review, van Denderen et al. (2015) reported current PTSD prevalence rates among HBI ranging from 5.2%-6% across the studies reviewed.

Data indicates that the life satisfaction of HBI is also significantly impaired (Simmons et al., 2014). Life satisfaction is defined as the global evaluation of an individual's life according to their chosen criteria such as goals and values (Diener et al., 1985; Shin & Johnson, 1978). Beyond the psychological consequences resulting from the loss, HBI must cope with very specific stressors such as attending a trial, which can impact their PTSD symptoms (e.g., Alves-Costa et al., 2018; Gekoski et al., 2013; van Denderen et al., 2016).

Impact of Trial Attendance

For both PTSD symptoms and life satisfaction, no study has specifically compared HBI who attended a trial and those who did not. In qualitative studies, navigating the legal system is challenging for HBI and

exposure to the trial is often experienced as revictimizing and confusing (e.g., Metzger et al., 2015). Moreover, in the qualitative study of Englebrecht et al. (2014), findings suggest that although few HBI expressed positive views about their trial attendance, for others, this event exacerbated their grief and harmed them at a time of extreme vulnerability. Consequently, this study aimed to better understand the association between *trial attendance*, PTSD symptoms and life satisfaction among HBI.

Impact of Trial-Related Factors

Alongside trial attendance, researchers have studied the associations between trial-related factors and the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI. These trial-related factors included perception of justice, distress during the trial and dissatisfaction with the verdict.

Perception of justice refers to the evaluation of the fairness of a situation (Van Den Bos & Lind, 2002) and is divided into four types according to the *Organizational Justice Scale* (OJS) developed by Colquitt (2001): (1) distributive (i.e., how the effort of the criminal justice workers reflects the outcome of the trial); (2) procedural (i.e., fairness of the legal procedures); (3) interpersonal (i.e., quality of interactions); and (4) informational (i.e., quality of information provided by criminal justice workers). One quantitative study using this construct indicated that being informed about the case (informational justice) was not significantly related to PTSD symptoms among HBI (Thompson et al., 1996). In qualitative studies, a global perception of justice was associated with less anger among HBI (e.g., Baliko & Tuck, 2008). Moreover, a lack of information regarding the CJS (informational justice) was associated with distress (e.g., Alves-Costa et al., 2021; Reed & Caraballo, 2022; Thiel, 2016).

The only available quantitative information regarding the association between perception of justice (other than informational) and PTSD symptoms relates to non-HBI populations. Among other crime victims (such as individuals affected by assault, robbery, threat, harassment of property crime), procedural, interpersonal and informational justice were significantly associated with fewer PTSD symptoms (Gray, 2006; Morissette & Wemmers, 2016; J. A. Wemmers, 2013).

Regarding life satisfaction, to our knowledge, no quantitative or qualitative study has examined the association between perception of justice (distributive, procedural, interpersonal or informational) and the life satisfaction of HBI. In other populations, a study conducted by Hu et al. (2024) showed that all four dimensions of perceptions of justice were positively associated with life satisfaction among workers

from private-sector companies. The positive association between perception of justice and life satisfaction remains to be explored in traumatized populations such as HBI.

Distress during the trial refers to the emotions experienced during the trial. Regarding PTSD symptoms, to date, no quantitative study has examined how HBI's distress during the trial is related to their PTSD symptoms. The qualitative study of Reed and Caraballo (2022) revealed that 15.8% of HBI reported experiencing negative flashbacks during court proceedings. In other populations, one quantitative study showed that rape survivors who perceived the trial process as hurtful reported higher levels of distress than those who did not have (Campbell et al., 2001). Regarding life satisfaction, to our knowledge, no quantitative or qualitative study has examined how HBI's distress during the trial is related to their life satisfaction.

Satisfaction or dissatisfaction with the verdict constitutes the affective response to the positive or negative evaluation of the trial outcome (Kunst et al., 2015). Regarding PTSD symptoms, dissatisfaction with the verdict was not investigated quantitatively among HBI. The only available information relates to non-HBI populations. Indeed, several studies among victims of violent or property crime showed that satisfaction with the verdict was positively associated with self-esteem and faith in a just world (Orth, 2002) and was negatively associated with feelings of revenge toward the perpetrator (Orth, 2004), current distress (Tontodonato & Erez, 1994) and PTSD symptoms (Orth & Maercker, 2004). Therefore, it is possible that satisfaction with the verdict is also associated with PTSD symptoms among HBI. Regarding life satisfaction, to our knowledge, no quantitative or qualitative study has examined how HBI's satisfaction or dissatisfaction with the verdict is related to their life satisfaction.

This state of scientific research indicates that studies looking at the relationship between trial-related factors, PTSD symptoms and life satisfaction among HBI are still very rare. However, studies among other populations (such as rape survivors) suggest that these factors could be associated with the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI (e.g., Campbell et al., 2001; Hu et al., 2024; Orth & Maercker, 2004).

Impact of Perceived Social Support (PSS)

Perceived social support (PSS) refers to an individual's perception of the quality of their social interactions. The *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), developed by Zimet et al. (1988), addresses this subjective assessment and identifies three specific sources of PSS: (1) family (e.g., I get the

emotional help and support I need from my family); (2) friends (e.g., I can count on my friends when things go wrong), and (3) significant others (e.g., There is a special person who is around when I am in need). This instrument has frequently been used in the literature (e.g., Bailey et al., 2013; Burke et al., 2010) and was employed in the present study.

According to Lepore's (2001) social-cognitive processing model, the psychological adaptation to a traumatic event is facilitated by PSS. Empirical studies have confirmed the positive role of PSS in numerous populations of trauma survivors (e.g., victims of natural disasters, emergency workers, individuals bereaved by suicide; Arnberg et al., 2012; Oexle & Sheehan, 2020; Setti et al., 2016).

Regarding PTSD symptoms, only two quantitative studies have examined the association with the PSS of HBI. One showed that PSS was significantly linked to fewer PTSD symptoms (Rheingold & Williams, 2015). However, Burke et al. (2010) did not find a significant relationship between these variables. The limited and inconsistent results indicate a need for further research, especially when HBI experience unique stressors such as trial attendance.

Regarding life satisfaction, in the study of Simmons et al. (2014), HBI who were talking with friends and family and were spending more time with family reported higher levels of life satisfaction. These results suggest a positive association between PSS and satisfaction with life which remains to be examined among HBI.

Association Between Trial Attendance and PSS

Regarding PTSD symptoms and life satisfaction, the interaction between trial attendance, trial-related factors, and PSS was not investigated quantitatively among HBI.

The qualitative research tends to focus on the social support received from criminal justice workers rather than the one received from loved ones. For example, the qualitative study of Englebrecht et al. (2014) revealed that many HBI perceived that the support provided by criminal justice workers lacked empathy and compassion, which was associated with feelings of anger and frustration. Moreover, Reed and Caraballo (2022) reported that 52.6% of HBI expressed concerns about the lack of respect or empathy shown to them by criminal justice workers.

Regarding social support received from loved ones, no qualitative study on the interplay between trial attendance, trial-related factors, and PSS received from loved ones has focused on HBI. However, in other populations, one qualitative study among adult rape survivors (Feldthusen et al., 2000) emphasized the need for a strong social support system, especially from family and friends, to endure the intense stress of the criminal process. Approximately half of the participants who attended a trial reported receiving support from friends and family during the process, while the other half described negative consequences on their personal relationships. This study, conducted among rape survivors, suggests a potential interaction between trial attendance, PSS received from loved ones and PTSD symptoms, which has not yet been explored among HBI.

To our knowledge, no quantitative or qualitative study on the interplay between trial attendance and PSS has focused on the life satisfaction of HBI. Additionally, the impact of trial-related factors (such as perception of justice, distress during the trial and dissatisfaction with the verdict) on the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI, beyond the well-established role of PSS, remains to be examined.

Objectives of the Present Study

The first objective was to compare the levels of PTSD symptoms and life satisfaction between HBI who attended a trial and those who did not. In addition, we aimed to examine the associations between trial-related factors (perception of justice, distress during the trial, and dissatisfaction with the verdict), PSS, PTSD symptoms, and life satisfaction. The second objective was to examine whether trial attendance moderated the relationship between PSS, PTSD symptoms and life satisfaction, when controlling for time since the homicide. The third objective, focusing only on HBI who attended a trial, was to determine whether trial-related factors (block 3) influenced PTSD symptoms and life satisfaction beyond the contribution of PSS (block 2) and time since the homicide (block 1).

3.3 Method

Participants and Procedures

Participants were recruited via bereavement support organizations. Advertisements were also published on social media pages, in a newspaper, and on a university campus. All advertisements included a link to the *Qualtrics* web platform, where participants signed an informed consent form and completed the 30-

min survey. The questionnaire was the same for all HBI, except for the evaluation of trial-related factors (perception of justice, distress during the trial and dissatisfaction with the verdict) which were only asked of HBI who attended a trial. When they signed the consent form, participants were given information on the support resources available (support groups, therapists, useful reading). They were also given the contact details of the principal investigator so that they could be contacted in the event of distress or mental health problems related to the questionnaire. Although participants did not receive direct financial compensation, they could enter a random drawing to win one of five 70\$ gift cards. Ethical approval for the current study was obtained from the board of the University of Quebec in Montreal (#2021-3318). The data was collected between 2022 and 2023.

To participate, individuals had to be at least 18 years of age, reside in Canada, have experienced the loss of an immediate family member (i.e., romantic partner, child, parent, grandparent, sibling or grandchild) by homicide more than 6 months before and be fluent in French or English. If the homicide occurred less than 6 months before their participation, we offered the possibility of collecting their contact details and sending them an invitation when 6 months elapsed since the loss of their loved one. Of the 278 participants who opened the questionnaire, 129 did not meet the inclusion or exclusion criteria or completed less than 80% of all questionnaires, and therefore were excluded from the sample. Analyses show no significant differences between included and excluded participants in terms of their sociodemographic characteristics (e.g., age, gender, marital status, education) and their scores for the dependent and independent variables.

The final sample consisted of 149 HBI, who had a mean age of 55.28 years (range: 21–81; $SD = 11.74$). Most participants identified as women (85.5%) and were highly educated (75% had at least completed college, an undergraduate degree, or the equivalent). HBI identified as Quebecer, Canadian or American (87.2%), First Nations (2%), Latin American (0.7%), Caribbean or West Indian (3.4%), South Asian or Subcontinental Indian (0.7%), Western, Southern or Northern European (6%), Eastern European or Central Asian (3.4%), North African, Middle Eastern, and/or Sub-Saharan African (less than 1.5%). More than half (55%) of the sample reported being married, in a civil union, or cohabiting with their partner, 43% reported being single, divorced, separated, or widowed and 2% responded “other civil status.” Participants identified their deceased loved one as a child (40.9%), sibling (24.8%), parent (20.8%), romantic partner (12.1%), or grandchild (1.3%). For HBI who attended a trial ($n = 63$), the accused was found guilty (93.4%), not guilty (1.6%) or unknown status (4.9%). Eighty-six HBI did not attend a trial because the murderer was never

identified (35.6%), the murderer died (22%), a murderer was suspected but not charged (16.9%), the evidence was insufficient (5.1%), the accused pleaded guilty (3.4%) or other reasons (17%).

To determine group membership, participants who reported attending at least 1 day of a trial were placed in the “attended a trial” group, while other participants were placed in the “did not attend a trial” group. No significant difference in terms of PTSD symptoms and life satisfaction were observed between the four categories of the “did not attend a trial” group. If the trial was currently taking place, we offered the possibility of collecting their contact details and sending them an invitation when the trial ended.

Measures

The evaluation of sociodemographic characteristics included questions about the age and gender of the participant, time since the homicide, quality of relationship with the deceased, and characteristics of the trial.

The OJS (Colquitt, 2001) is a 20-item self-report measure of perception of justice that uses a 5-point Likert scale (1 = *not at all*; 5 = *very often*). This measure assesses four types of perception of justice: distributive (4 items; e.g., “Does the outcome of the trial reflect the effort of the criminal justice workers?”), procedural (7 items; e.g., “Have you been able to express your views and feelings during those procedures?”), interpersonal (4 items; e.g., “Have the criminal justice workers treated you with respect?”), and informational (5 items; e.g., “Have the criminal justice workers communicated details in a timely manner?”). As Colquitt (2001) points out, although this scale was intended to measure organizational justice, it can be adapted to any decision-making situation. Therefore, five items were adapted to the context of the CJS. In this study, the total score ($\alpha = .94$, possible range: 20–100) and the subscale scores ($\alpha = .81$ –.95; possible range: 4–35) were used. Higher scores indicate more perceived justice within the CJS. Distress during the trial was measured using this question: “To what extent was your experience difficult or painful during the trial?”. Dissatisfaction with the verdict was measured using a two-item composite score (i.e., “After the trial, to what extent were you dissatisfied with the verdict?” and “After the trial, to what extent were you dissatisfied with the sentence of conviction?”). Participants rated each of these two items using a scale from 0 to 100 (0 = *not at all*; 100 = *extremely*), with higher scores indicating greater distress during the trial or dissatisfaction with the verdict ($\alpha = .94$). All 23 items were reviewed by a team of 10 psychologists specializing in trauma.

The MSPSS (Zimet et al., 1988) is a 12-item self-report measure using a 7-point Likert scale (1 = *very strongly disagree*; 7 = *very strongly agree*). Items from this scale assessed PSS either from their family (e.g., “My family really tries to help me”), from friends (e.g., “I have friends with whom I can share my joys and sorrows”) and from a significant other (e.g., “There is a special person who is around when I am in need”). Each subscale includes four items. A higher total score ($\alpha = .93$; possible range: 12–84) indicates more positive PSS.

The *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5; Blevins et al., 2015) is a 20-item (e.g., “trouble remembering important parts of the stressful experience”) self-report measure of the intensity of PTSD symptoms over the past month, using a 5-point Likert scale (0 = *not at all*; 4 = *extremely*). The instructions clearly stated that the questions must be answered with the homicide in mind. A higher total score ($\alpha = .95$; possible range: 0–80) is associated with more severe symptoms. A total score of 33 is considered the cut-off point for a clinical PTSD diagnosis (Blevins et al., 2015). The *Satisfaction with Life Scale* (SWLS; Diener et al., 1985) is a 5-item (e.g., “In most ways my life is close to my ideal”) self-report measure of life satisfaction, using a 7-point Likert scale (1 = *strongly disagree*; 7 = *strongly agree*). The total score ($\alpha = .89$; possible range: 5–35) indicates greater life satisfaction.

Data Analysis

Before running the main analyses, statistical power, missing data, and assumptions were examined. Separate a posteriori power analyses were conducted for the second objective with all HBI (including one independent variable, one dependent variable, one dichotomous moderator; $n = 131$) and the third one with only HBI who attended a trial (including three independent variables and one dependent variable; $n = 52$). Both analyses yielded estimates indicating medium to large effect sizes ($f^2 = 0.16$ and 0.49) with a statistical power of 80% and using a risk of type I error (α) of 5%. Hence, the sample sizes for both objectives were adequately powered to detect medium to large effects. Power estimations were carried out using Monte Carlo simulations with the Mplus version 8 software (Muthén & Muthén, 2002) and G*power (Faul et al., 2007). To handle missing data, scores for each scale were computed to replace missing values only for participants who responded to at least 80% of the items. Regarding the assumption of normality (Tabachnick & Fidell, 2013), all variables demonstrated acceptable levels of skewness and kurtosis, except for time since the homicide, which required a logarithmic transformation. The sample included 161 participants related to 149 homicide victims, violating the assumption of data independence.

As most deceased loved ones were related to only one participant, multilevel analyses were deemed inappropriate. To address this dependency, one participant per deceased loved one was randomly selected and kept in the sample, resulting in the exclusion of 12 participants.

For the first objective, independent sample *t* tests were performed to compare the levels of PTSD symptoms and life satisfaction between HBI who attended a trial and those who did not. Pearson correlations among study variables were also calculated. For the second objective, two moderation analyses were conducted to determine if the relationship between PSS, PTSD symptoms and life satisfaction differed between HBI who attended a trial and those who did not. For the third objective, focusing only on HBI who attended a trial, four hierarchical multiple linear (HML) regression analyses were performed, two for PTSD symptoms and two for life satisfaction, which were entered as dependent variables. Although the quality of the relationship with the deceased was measured, it exhibited a ceiling effect. Since three recent studies have indicated that time since the homicide is associated with fewer PTSD symptoms (McDevitt-Murphy et al., 2012; Soydas et al., 2020; van Denderen et al., 2016), this variable was controlled for the second and third objectives. The significance level was set at $p < .05$ for all statistical tests. All analyses were conducted with the *SPSS 27.0* software.

3.4 Results

Descriptive statistics are presented in Table 1. Both groups were, on average, near the PCL-5 clinical cut-off score of 33 ($M = 32.62$; $SD = 20.39$) and 47% reported clinical PTSD in the total sample (according to the recommended cut-off; Blevins et al., 2015). The mean life satisfaction score for all participants was 20.63 ($SD = 7.93$), which represents the central point on the scale where the respondent is equally satisfied and dissatisfied (Pavot & Diener, 1993). The two groups (HBI who attended a trial and those who did not) did not differ significantly in terms of PSS, time since the homicide, PTSD symptoms, and life satisfaction (see Table 1). Among HBI who attended a trial (see Table 2), higher levels of global perception of justice, distributive justice and informational justice were significantly associated with higher levels of life satisfaction, but not with PTSD symptoms. Increased levels of distress during the trial and dissatisfaction with the verdict were both significantly associated with higher PTSD symptoms and lower levels of life satisfaction. High levels of PSS were significantly associated with fewer PTSD symptoms and higher levels of life satisfaction. Among all HBI (see Table 3), PSS and time since the homicide were significantly associated with fewer PTSD symptoms and higher levels of life satisfaction.

Tableau 3.1 Descriptive Statistics and Group Comparisons

Scale	Total (<i>N</i> = 149)		Attended a trial (<i>n</i> = 63)		Did not attend a trial (<i>n</i> = 86)		<i>t</i> (df)	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Perception of justice (OJS)	-	-	69.66	17.41	-	-	-	-	-
Distributive	-	-	14.31	4.72	-	-	-	-	-
Procedural	-	-	20.25	6.78	-	-	-	-	-
Interpersonal	-	-	16.37	4.03	-	-	-	-	-
Informational	-	-	18.85	5.52	-	-	-	-	-
Distress during the trial	-	-	91.35	14.03	-	-	-	-	-
Dissatisfaction with the verdict	-	-	137.61	64.58	-	-	-	-	-
Perceived social support (MSPSS)	59.14	15.44	58.73	15.7	59.43	15.35	0.26 (133)	.797	0.05
Time since the homicide ^a	16.27	14.63	15.16	13.31	17.09	15.56	-0.32 (142)	.748	-0.05
PTSD symptoms (PLC-5)	32.62	20.39	32.93	21.53	32.4	19.69	-0.15 (140)	.879	-0.03
Life satisfaction (SWLS)	20.63	7.93	20.72	7.27	20.56	8.41	-0.17 (127)	.907	-0.02

Note. OJS = Organizational Justice Scale; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; SWLS = Satisfaction with Life Scale.

^aTime since the homicide is calculated in years.

Tableau 3.2 Relationships Between Trial-Related Factors, Perceived Social Support, PTSD Symptoms and Life Satisfaction Among HBI Who Attended a Trial ($n = 63$)

Variables	1.	1a.	1b.	1c.	1d.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Perception of justice (OJS)	-									
1a. Distributive	.83***	-								
1b. Procedural	.84***	.58***	-							
1c. Interpersonal	.79***	.53***	.54***	-						
1d. Informational	.85***	.67***	.52***	.63***	-					
2. Distress during the trial	.02	.03	-.13	.09	.11	-				
3. Dissatisfaction with the verdict	-.57***	-.55***	-.46***	-.38**	-.44***	.25	-			
4. Perceived social support (MSPSS)	.14	.03	.15	.19	.11	-.06	-.06	-		
5. Time since the homicide	-.34**	-.13	-.40**	-.25	-.30*	.14	.28*	-.004	-	
6. PTSD symptoms (PCL-5)	-.22	-.21	-.13	-.24	-.16	.26*	.31*	-.23**	-.30***	-
7. Life satisfaction (SWLS)	.29*	.33*	.13	.18	.32*	-.35**	-.38**	.28**	.18*	-.58***

Note. OJS = Organizational Justice Scale; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; SWLS = Satisfaction with Life Scale.

^a Time since the homicide is calculated in years.

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tableau 3.3 Relationships Between Perceived Social Support, Time Since the Homicide, PTSD Symptoms and Life Satisfaction for the Total Sample of HBI ($N = 149$)

Variables	1.	2.	3.	4.
1. Perceived social support (MSPSS)	-			
2. Time since the homicide	-.004	-		
3. PTSD symptoms (PCL-5)	-.23**	-.30***	-	
4. Life satisfaction (SWLS)	.28**	.18*	-.58***	-

Note. MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; SWLS = Satisfaction with Life Scale.

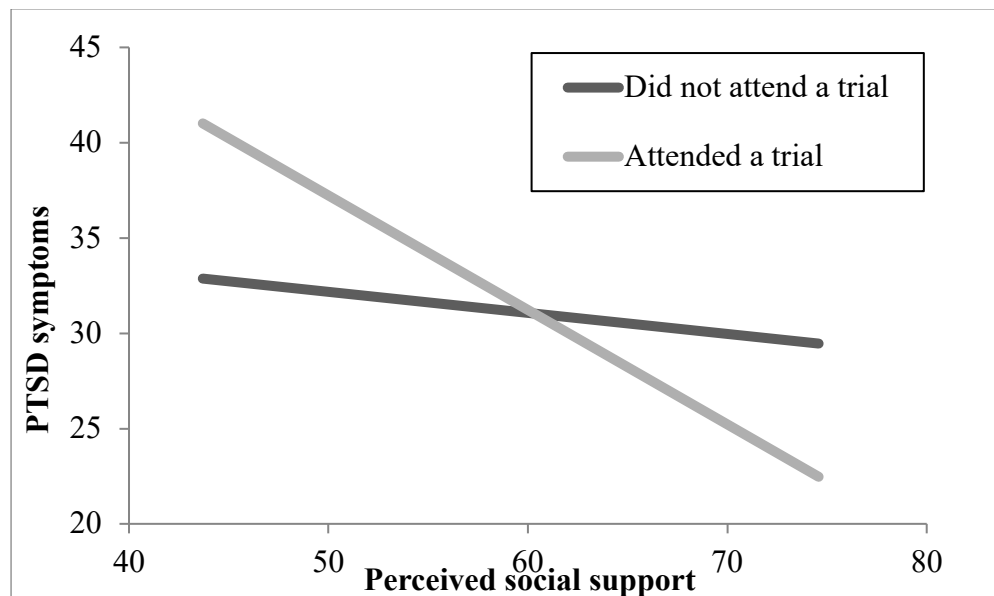
* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Moderation Analyses

To assess whether trial attendance moderated the relationship between PSS, PTSD symptoms and life satisfaction, two moderation analyses were conducted using Hayes' PROCESS tool (Hayes, 2012, Model 1), while controlling for time since the homicide (see Figure 1). For PTSD symptoms, the interaction term was statistically significant ($\Delta R^2 = 0.03$; $\beta = -.37$, $SE = 0.17$, $t = -2.19$; $p = .030$), suggesting a moderating effect

of attending a trial on the relationship between PSS and PTSD scores. This implies that the relationship between PSS and PTSD symptoms differed depending on whether the individual attended a trial or not. For individuals who did not attend a trial, PSS was not significantly related to PTSD symptoms ($\beta = -.08$, $SE = 0.11$, $t = -0.78$; $p = .437$). However, for HBI who attended a trial, there was a significant negative relationship between PSS and PTSD symptoms ($\beta = -.45$, $SE = 0.13$, $t = -3.47$; $p < .001$), suggesting that higher levels of PSS were significantly associated with fewer PTSD symptoms.

Figure 3.1 Changes in PTSD Symptoms as a Function of Perceived Social Support and Trial Attendance



For life satisfaction, the interaction term was not statistically significant ($\Delta R^2 = 0.01$; $\beta = .19$, $SE = 0.17$, $t = 1.09$; $p = .277$), indicating that trial attendance did not moderate the relationship between PSS and life satisfaction. Indeed, PSS was positively associated with life satisfaction for HBI who attended a trial ($\beta = .40$, $SE = 0.13$, $t = 3.02$; $p = .003$) and for HBI who did not ($\beta = .21$, $SE = 0.11$, $t = 1.92$; $p = .06$).

Hierarchical Multiple Linear (HML) Regression Analyses

Four HML regression models were conducted with three blocks of variables. For the first pair (see Table 4), time since the homicide was entered in block 1, PSS in block 2, and perception of justice in block 3, with PTSD symptoms and life satisfaction as dependent variables. The final models accounted for 30% of the variance in PTSD symptoms and 23% of the variance in life satisfaction. After controlling for time since the homicide and PSS in blocks 1 and 2, perception of justice emerged as significantly and negatively associated with PTSD symptoms, and significantly and positively associated with life satisfaction among

HBI who attended a trial. More specifically, perception of justice explained 7% of the additional variance in PTSD symptoms and life satisfaction.

Tableau 3.4 HML Regression Analyses with Perception of Justice

Independent variables	<i>PTSD symptoms</i>			<i>Life satisfaction</i>		
	β	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2
Step 1		.04	.04		.001	.001
Time since the homicide	-.20			-.02		
Step 2		.23	.19**		.16	.16**
Time since the homicide	-.24			.02		
Perceived social support	-.44***			.40**		
Step 3		.30	.07*		.23	.07*
Time since the homicide	-.33***			.11		
Perceived social support	-.41**			.38**		
Perception of justice	-.29*			.28*		

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

For the second pair (see Table 5), time since the homicide was entered in block 1, PSS in block 2, and distress during the trial as well as dissatisfaction with the verdict in block 3, with PTSD symptoms and life satisfaction as dependent variables. The final models accounted for 48% of the variance in PTSD symptoms and 44% of the variance in life satisfaction. After controlling for time since the homicide and PSS in blocks 1 and 2, both distress during the trial and dissatisfaction with the verdict emerged as significantly and positively associated with PTSD symptoms, and significantly and negatively associated with life satisfaction among HBI who attended a trial. More specifically, distress during the trial and dissatisfaction with the verdict explained 22% of the additional variance in PTSD symptoms and 24% in life satisfaction.

Tableau 3.5 HML Regression Analyses with Distress During the Trial and Dissatisfaction with the Verdict

Independent variables	<i>PTSD symptoms</i>			<i>Life satisfaction</i>		
	β	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2
Step 1		.03	.03		.003	.003
Time since the homicide	-.17			-.06		
Step 2		.26	.23***		.20	.20**
Time since the homicide	-.21			-.02		
Perceived social support	-.49***			.45**		
Step 3		.48	.22***		.44	.24***
Time since the homicide	-.34**			.11		
Perceived social support	-.49***			.45***		
Distress during the trial	.26*			-.33**		
Dissatisfaction with the verdict	.37**			-.33*		

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

3.5 Discussion

The first objective of the current study was to better understand the differences, in terms of PTSD symptoms and life satisfaction, between HBI who attended a trial, and those who did not. The second objective was to examine whether trial attendance moderated the relationship between PSS, PTSD symptoms and life satisfaction among all HBI when controlling for time since the homicide. Finally, the third objective, concerning only HBI who attended a trial, was to examine whether trial-related factors were significantly associated with PTSD symptoms and life satisfaction above the contribution of PSS and time since the homicide.

Main Findings

Comparisons (between HBI who attended a trial and those who did not) reveal similar means in terms of PSS, PTSD symptoms, life satisfaction, and time since the homicide. Previous qualitative research has indicated that attending a trial can exacerbate the PTSD symptoms of HBI (e.g., Englebrect et al., 2014; Metzger et al., 2015). Therefore, trial-related factors, such as perception of justice, might better explain the variation observed in PTSD symptoms and life satisfaction, given conclusions drawn from qualitative studies.

Results from the correlation matrix provide notable findings. While a positive association emerges between perception of justice and life satisfaction, this factor is not significantly associated with PTSD symptoms. Evaluating the fairness of the criminal justice system (CJS) appears to have a significant role in life satisfaction but a more complex one in PTSD symptoms. Subscale analyses show that informational justice (e.g., criminal justice workers explained the procedures thoroughly) is the only subtype of perception of justice significantly associated with fewer PTSD symptoms. Meanwhile, distributive (e.g., the outcome of the trial reflects the work or the effort of the criminal justice workers) and informational justice are both significantly associated with greater life satisfaction. These results align with qualitative studies emphasizing the importance of informational and distributive justice for HBI's mental health (e.g., Alves-Costa et al., 2018; Stretesky et al., 2010; Thiel, 2016). Therefore, perceiving the trial outcome as fair and receiving adequate information both seem to have a critical role in the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI.

Regarding distress during the trial, results indicate a positive association with PTSD symptoms and a negative one with life satisfaction. These findings highlight the distressing nature of trial attendance for HBI, with lingering effects on mental health. Qualitative studies on this matter have shown that exposure to graphic details or images related to the homicide can be extremely triggering for HBI (Reed & Caraballo, 2022).

As expected, dissatisfaction with the verdict is positively associated with PTSD symptoms and negatively associated with life satisfaction. These findings are consistent with qualitative studies linking dissatisfaction with the CJS to anger (e.g., Baliko & Tuck, 2008). They are also similar to previous research conducted on other populations, such as victims of sexual or physical assault and property crimes (Orth, 2002; Orth & Maercker, 2004).

Perceived social support (PSS) is negatively associated with PTSD symptoms and positively associated with life satisfaction, corroborating previous research among HBI (Rheingold & Williams, 2015), other bereaved individuals (Scott et al., 2020) and victims of various types of traumas (e.g., war, violent crimes, road accidents; Andrews et al., 2003; Gros et al., 2016; Holeva et al., 2001). Qualitative studies among HBI (e.g., Hannays-King et al., 2015; Wellman, 2014) similarly revealed that insufficient support, particularly from family, can worsen grief, and stress symptoms.

For the second objective of this study, moderation analyses indicate, for the first time to our knowledge, that the protective role of PSS for PTSD symptoms varies depending on trial attendance. Perceived social support is associated with fewer PTSD symptoms among HBI who attended a trial, but not among those who did not. These findings underscore the crucial importance of social support for HBI participating in a trial, regardless of the time since the homicide. The trial experience may enhance the protective effect of social support, potentially by fostering opportunities for connection and emotional expression in the presence of validating support networks. Being surrounded by friends and family during the trial can offer HBI the opportunity to share, reflect and process their trauma, resulting in meaningful emotional support. Furthermore, these findings align with qualitative studies highlighting the value of support from victim advocates and support groups. For instance, Metzger et al. (2015) reported that HBI found support groups beneficial for expressing emotions and reducing isolation. HBI also expressed the desire for a victim advocate to accompany them throughout the criminal justice proceedings. The systematic review of Connolly and Gordon (2015) affirmed the significance of such resources in helping HBI cope with their loss.

Shared experiences during a trial, whether with loved ones or support professionals, appear beneficial for the association between PSS, PTSD symptoms, and life satisfaction, even years after the homicide. The moderating effect of trial attendance on PTSD symptoms may help explain inconsistencies in the existing literature regarding the relationship between PSS and PTSD symptoms, as prior studies did not have accounted for trial attendance.

In examining the third objective (only on HBI who attended a trial), hierarchical multiple linear regression analyses reveal that trial-related factors (perception of justice, distress during the trial and dissatisfaction with the verdict) all explain a unique and important proportion of the variance in PTSD symptoms and life satisfaction, above and beyond the contribution of PSS and time since the homicide. These results add interesting data to a very limited field exploring the associations between trial-related factors, PTSD symptoms and life satisfaction in HBI. Specifically, a lack of perceived justice and the presence of distress during the trial and dissatisfaction with the verdict appear to exacerbate symptoms even when accounting for established predictors, such as PSS. Interestingly, while perception of justice is not significantly associated with PTSD symptoms in the correlation matrix, this variable is significant in the regression models, suggesting that PSS and time since the homicide obscure this relationship. Future studies should consider PSS and time since the homicide when investigating the contribution of perception of justice to the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI.

Theoretical and Clinical Implications

This study highlights trial attendance as a specific and impactful stressor for HBI. The associations between trial attendance and PSS suggest that maximizing PSS is essential, particularly for HBI attending a trial. In the CJS, criminal justice workers could better assess the availability and quality of the social resources of HBI. They could also encourage trial attendance with supportive individuals who are able to provide positive support and validation. Socially, victim support organizations could also provide valuable sources of support during the trial. In clinical settings, it appears that assessing and strengthening PSS of HBI could be a key therapeutic target. Mental health professionals could also pay particular attention to HBI who do not attend trial, as they may lack situational opportunities to benefit from social support. This could include, for example, encouraging disclosure, and processing of the traumatic memories, even outside of legal contexts, to foster recovery.

This study also underscores the psychological burden of specific trial-related factors experienced by HBI. More specifically, it shows just how a lack of perception of justice, in particular distributive and informational justice, can be prejudicial for HBI who attend a trial. Allowing HBI to be informed about the process and to express their feelings and expectations of the court work and decision could be very beneficial. Therefore, criminal justice workers and victim advocates could be provided with training so they could explain the procedures thoroughly to HBI, communicate details in a timely manner, tailor communication to the specific needs of the bereaved and help them deal with the outcome of the trial. Support groups could also focus on the perception of justice of HBI and allow them to express their emotions and expectations toward the criminal process and the verdict. In a psychotherapeutic context, these results encourage mental health professionals to better assess the perception of justice of HBI, to verify the facts and interpretations at the source of these perceptions and to better measure the role of these perceptions in their PTSD symptoms and life satisfaction. For example, contextual strategies constitute an approach that recognizes the injustices that HBI have experienced after their loss and during the criminal justice process. Results have shown that these strategies have helped HBI find a balance between remembering the victim, reorganizing their family's functioning and creating new long-term plans (Connolly & Gordon, 2015).

As distress during the trial is associated with the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI years after the trial, it seems crucial to develop training for criminal justice workers to help them provide better support for HBI during this process. For example, preparing criminal justice workers to be mindful of the effects of the criminal evidence on HBI (e.g., informing HBI in advance of the evidence to be used, its purpose and when it will be presented, keeping graphic evidence out of sight, taking a break during the testimonial or while witnessing the evidence) could be very much appreciated and helpful (Gekoski et al., 2013). Indeed, it could help HBI prepare for and go through with the trial, and therefore reduce their distress during the trial and also for years after. In psychotherapeutic settings, mental health professionals should be very well informed about the specifics of a criminal trial and the technical procedures involved, so that they can better pass on valuable information to the HBI. They could also help HBI learn more effectively to regulate their emotions and maximize their adaptive resources when being exposed to disturbing details during the trial. Offering more psychological counseling during the trial could also be very helpful, as suggested by Orth (2002) regarding rape survivors and victims of nonsexual assault (such as robbery and bodily harm).

Dissatisfaction with the verdict is prevalent among HBI and is strongly associated with greater PTSD symptoms and reduced life satisfaction. Social measures could enhance satisfaction with the verdict. The results from the study of Regehr and Alaggia (2006), conducted with rape survivors, suggest that an increase in the criminal justice workers' empathy could increase the satisfaction of HBI with the system and their willingness to accept the outcome of the trial. Moreover, Lens et al. (2015) revealed that delivering an impact statement in court would provide victims of violent crime with a chance to speak directly to the judge, the jury and the offender. However, this opportunity is not always associated with a positive therapeutic effect. Indeed, it can leave many HBI with painful feelings of frustration and disappointment (Englebrecht et al., 2014). In psychotherapeutic settings, mental health professionals could help HBI to better understand the verdict in the light of legal and social contingencies, to make sense of it, to more effectively manage their anger, hatred or despair resulting from it and to better manage their day-to-day lives to regain satisfaction with life despite their loss.

Limitations and Future Avenues of Research

The current study is not without limitations. Firstly, given that this is a sample composed mostly of educated, Western women, it may not be representative of all HBI. Also, our recruitment strategy (via organizations) might have led to a sample of HBI that is more distressed than those who are not seeking care. It could explain the higher prevalence rates of PTSD in our sample when compared to previous studies. To overcome this limitation and recruit more diversified and representative samples, future research could contact participants with the help of government departments. For example, J. A. Wemmers (2013) recruited their participants with the help of the Ministry of Justice in Quebec. Using this recruitment strategy, all individuals whose cases entered the criminal court and went further than the police could be invited to participate. Therefore, individuals who are not seeking care as well as individuals who are already connected to care would be considered, and the sample would therefore be more representative of the population of HBI. However, contact with certain government departments can be infrequent and difficult to establish.

Secondly, the cross-sectional design of this study also offers no information about the directionality and causal nature of the associations found. Therefore, the prospective relationships between trial attendance, trial-related factors, PSS, PTSD symptoms and life satisfaction could not be assessed. Future research could opt for a longitudinal design to overcome this limitation. For example, such studies could measure the

distress of HBI at various phases of the trial to better understand the procedures most strongly associated with higher distress (e.g., exposure to graphic or disturbing details about the homicide).

Thirdly, although validated self-report measures are used, the absence of structured clinical interviews (e.g., CAPS; Blake et al., 1990) limits diagnostic precision. Indeed, self-reported measures of PTSD can overestimate prevalence, as suggested by prior research (Engelhard et al., 2007).

Fourthly, pre-homicide factors (e.g., prior traumas) and additional post-homicide factors (e.g., self-efficacy, resilience) are not assessed in the present study. These variables could influence PTSD symptoms and life satisfaction. According to Cieslak et al. (2008), low perceived coping ability can increase distress, while resilience could foster posttraumatic growth (Baliko & Tuck, 2008). Future research should explore these dimensions to refine our understanding of HBI recovery.

Conclusion

This study aims to clarify our understanding of a specific stressor experienced by HBI, that is, trial attendance, and how it influences their PTSD symptoms and life satisfaction. This was achieved by illustrating that, when controlling for time since the homicide, trial attendance moderates the relationship between perceived social support, and PTSD symptoms. Indeed, perceived social support is significantly associated with PTSD symptoms of HBI who attended a trial, but not for HBI who did not. The results also highlight the unique contribution of trial-related factors in shaping the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI when accounting for well-known and established variables in the literature, that is, perceived social support. Indeed, this study shows how the inclusion of trial-related factors explains additional variance in the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI.

Interventions in the criminal justice system that address trial-related factors and perceived social support appear to be essential for alleviating PTSD symptoms and enhancing life satisfaction among HBI. This population could also benefit from a distinct approach in psychotherapeutic settings. Future research should continue to investigate trial attendance and trial-related factors to further elucidate the nuances in the PTSD symptoms and life satisfaction of HBI.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work was supported by the Fonds de Recherche du Québec-Société et Culture under Grant 327830. This project was approved by the research ethics board of the University of Quebec in Montreal (#2021-3318), and an informed consent form was signed by all participants.

3.6 References

- Alves-Costa F., Hamilton-Giachritsis C., Christie H., Halligan S. L. (2018). Self-perception of adaptation among homicidally bereaved individuals following a psychoeducational intervention: A UK longitudinal qualitative study. *BMJ Open*, 8(8), e020443. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020443>
- Alves-Costa F., Hamilton-Giachritsis C., Halligan S. (2021). Everything changes": Listening to homicidally bereaved individuals' practice and intervention needs. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), n2954–n2974. <https://doi.org/10.1177/0886260518766558>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- Andrews B., Brewin C. R., Rose S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 421–427. <https://doi.org/10.1023/A:1024478305142>
- Arnberg F. K., Hultman C. M., Michel P. O., Lundin T. (2012). Social support moderates posttraumatic stress and general distress after disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 721–727. <https://doi.org/10.1002/jts.21758>
- Ashbaugh A. R., Houle-Johnson S., Herbert C., El-Hage W., Brunet A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One*, 11(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Bailey A., Sharma M., Jubin M. (2013). The mediating role of social support, cognitive appraisal, and quality health care in black mothers' stress-resilience process following loss to gun violence. *Violence and Victims*, 28(2), 233–247.
- Baliko B., Tuck I. (2008). Perceptions of survivors of loss by homicide: Opportunities for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(5), 26–34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080501-02>

- Bastomski S., Duane M. (2018). *Research Brief: Homicide Co-victimization*. Center for Victim Research. July.
- Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L. M., Kaloupek D. G., Klauminzer G., Charney D. S., Keane T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K., Domino J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Burke L. A., Neimeyer R. A., McDevitt-Murphy M. E. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *Omega*, 61(1), 1–24. <https://doi.org/10.2190/OM.61.1.a>
- Campbell R., Wasco S. M., Ahrens C. E., Sefl T., Barnes H. E. (2001). Preventing the “Second Rape”: Rape survivors’ experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239–1259. <https://doi.org/10.1177/088626001016012002>
- Cieslak R., Benight C. C., Caden Lehman V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 788–798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.007>
- Colquitt J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386–400. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.3.386>
- Connolly J., Gordon R. (2015). Co-victims of homicide: A systematic review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 16(4), 494–505. <https://doi.org/10.1177/1524838014557285>
- Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Djelantik A. A. A. M. J., Aryani P., Boelen P. A., Lesmana C. B. J., Kleber R. J. (2021). Prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression following traffic accidents among bereaved Balinese family members: Prevalence, latent classes and cultural correlates. *Journal of Affective Disorders*, 292, 773–781. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.085>
- Engelhard I. M., Van Den Hout M. A., Weerts J., Arntz A., Hox J. J. C. M., McNally R. J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 191(2), 140–145. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034884>
- Englebrect C., Mason D. T., Adams M. J. (2014). The experiences of homicide victims’ families with the criminal justice system: An exploratory study. *Violence and Victims*, 29(3), 407–421. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00151>
- Faul F., Erdfelder E., Lang A. G., Buchner A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Feldthusen B., Hankivsky O., Greaves L. (2000). Therapeutic consequences of civil actions for damages and compensation claims by victims of sexual abuse. *Canadian Journal of Women and the Law*, 12(1), 66.
- Gekoski A., Adler J. R., Gray J. M. (2013). Interviewing women bereaved by homicide: Reports of secondary victimization by the criminal justice system. *International Review of Victimology*, 19(3), 307–329. <https://doi.org/10.1177/0269758013494136>
- Gray S. H. (2006). *Crime victim's psychological trauma and satisfaction with the criminal justice system: mediated by coping style*. [Master's thesis, University of Montreal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/16606/Gray_Sharon_H_2005_memoire.pdf?sequence=1
- Gros D. F., Flanagan J. C., Korte K. J., Mills A. C., Brady K. T., Back S. E. (2016). Relations among social support, PTSD symptoms, and substance use in veterans. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(7), 764–770. <https://doi.org/10.1037/adb0000205>
- Hannays-King C., Bailey A., Akhtar M. (2015). Social support and Black mothers' bereavement experience of losing a child to gun homicide. *Bereavement Care*, 34(1), 10–16. <https://doi.org/10.1080/02682621.2015.1028199>
- Hayes A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Holeva V., Tarrier N., Wells A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32(1), 65–83. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(01\)80044-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(01)80044-7)
- Hu M., Wu X., Qiu S. (2024). Life satisfaction among Chinese aged workers: Interplay of organizational justice, workplace emotions, and subjective age perception. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 23–37. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S440168>
- Kunst M., Popelier L., Varekamp E. (2015). Victim satisfaction with the criminal justice system and emotional recovery: A systematic and critical review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 16(3), 336–358. <https://doi.org/10.1177/1524838014555034>
- Lake S., Kerr T., Buxton J., Walsh Z., Marshall B. D., Wood E., Milloy M. J. (2020). Does cannabis use modify the effect of post-traumatic stress disorder on severe depression and suicidal ideation? Evidence from a population-based cross-sectional study of Canadians. *Journal of Psychopharmacology*, 34(2), 181–188. <https://doi.org/10.1177/0269881119882806>
- Lens K. M., Pemberton A., Brans K., Braeken J., Bogaerts S., Lahlah E. (2015). Delivering a victim impact statement: Emotionally effective or counter-productive? *European Journal of Criminology*, 12(1), 17–34. <https://doi.org/10.1177/1477370814538778>
- Lepore S. J. (2001). A social–cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In Baum A., Andersen B. L. (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99–116). American Psychological Association.

- Mastrocinque J. M., Metzger J. W., Madeira J., Lang K., Pruss H., Navratil P. K., Sandys M., Cerulli C. . . . (2015). I'm still left here with the pain: Exploring the health consequences of homicide on families and friends. *Homicide Studies*, 19(4), 326–349. <https://doi.org/10.1177/1088767914537494>
- McDevitt-Murphy M. E., Neimeyer R. A., Burke L. A., Williams J. L., Lawson K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 4(3), 303–311. <https://doi.org/10.1037/a0024911>
- Metzger J., Mastrocinque J. M., Navratil P., Cerulli C. (2015). Improving systematic response in the face of homicide: Family and friends of homicide victims service needs. *Violence and Victims*, 30(3), 522–532. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00140>
- Miller L. (2009). Family survivors of homicide: I. Symptoms, syndromes, and reaction patterns. *American Journal of Family Therapy*, 37(1), 67–79. <https://doi.org/10.1080/01926180801960625>
- Morissette M., Wemmers J. A. (2016). The therapeutic influence of the perception of informational and interpersonal justice on post-traumatic stress symptoms in crime victims. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 58(1), 31–55. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2014.f03>
- Muthén L. K., Muthén B. O. (2002). How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. *Structural Equation Modeling A Multidisciplinary Journal*, 9(4), 599–620. https://doi.org/10.1207/s15328007sem0904_8
- Oexle N., Sheehan L. (2020). Perceived social support and mental health after suicide loss. *Crisis*, 41(1), 65–69. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000594>
- Orth U. (2002). Secondary victimization of crime victims by criminal proceedings. *Social Justice Research*, 15(4), 313–325. <https://doi.org/10.1023/A:1021210323461>
- Orth U. (2004). Does perpetrator punishment satisfy victims' feelings of revenge? *Aggressive Behavior*, 30(1), 62–70. <https://doi.org/10.1002/ab.20003>
- Orth U., Maercker A. (2004). Do trials of perpetrators retraumatize crime victims? *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 212–227. <https://doi.org/10.1177/0886260503260326>
- Pastia C., Palys T. (2016). 'I don't know what you people are so concerned about': Homicide survivors' experience with the Canadian criminal justice system. *Contemporary Justice Review*, 19(3), 401–413. <https://doi.org/10.1080/10282580.2016.1185944>
- Pavot W., Diener E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Redmond L. M. (1989). *Surviving: When someone you love was murdered: A professional's guide to group grief therapy for families and friends of murder victims*. Psychological Consultation and Education services.

- Reed M. D., Caraballo K. (2022). Voice of the victims: Accounts of secondary victimization with the court system among homicide co-victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13-14), n10832–n10861. <https://doi.org/10.1177/0886260521989732>
- Regehr C., Alaggia R. (2006). Perspectives of justice for victims of sexual violence. *Victims & Offenders*, 1(1), 33–46. <https://doi.org/10.1080/15564880500498721>
- Rheingold A. A., Williams J. L. (2015). Survivors of homicide: Mental health outcomes, social support, and service use among a community-based sample. *Violence and Victims*, 30(5), 870–883. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00026>
- Rheingold A. A., Zinzow H., Hawkins A., Saunders B. E., Kilpatrick D. G. (2012). Prevalence and mental health outcomes of homicide survivors in a representative US sample of adolescents: Data from the 2005 National Survey of Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 687–694. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02491.x>
- Scott H. R., Pitman A., Kozhuharova P., Lloyd-Evans B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry*, 20(1), 265–320. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4>
- Setti I., Lourel M., Argentero P. (2016). The role of affective commitment and perceived social support in protecting emergency workers against burnout and vicarious traumatization. *Traumatology*, 22(4), 261–270. <https://doi.org/10.1037/trm0000072>
- Sharpe T. L., Iwamoto D. K. (2022). Psychosocial aspects of coping that predict post-traumatic stress disorder for African American survivors of homicide victims. *Preventive medicine*, 165, 107277. <https://doi.org/10.1016/j.yjpm.2022.107277>
- Shin D. C., Johnson D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1-4), 475–492. <https://doi.org/10.1007/BF00352944>
- Simmons C. A., Duckworth M., Tyler E. (2014). Getting by after a loved one's death by homicide: The relationship between case status, trauma symptoms, life satisfaction, and coping. *Violence and Victims*, 29(3), 506–522. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00114>
- Soydas S., Smid G. E., Goodfellow B., Wilson R., Boelen P. A. (2020). The UK national homicide therapeutic service: A retrospective naturalistic study among 929 bereaved individuals. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 878. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00878>
- Stretesky P. B., Shelley T. O., Hogan M. J., Unnithan N. P. (2010). Sense-making and secondary victimization among unsolved homicide co-victims. *Journal of Crime and Justice*, 38(5), 880–888. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.06.003>
- Tabachnick B. G., Fidell L. S. (Eds.). (2013). *Using multivariate statistics* (6th : pearson new international ition ed.). Pearson Education.

- Thiel D. (2016). Moral truth and compounded trauma: The effects of acquittal of homicide defendants on the families of the victims. *Homicide Studies*, 20(3), 199–219. <https://doi.org/10.1177/1088767915600200>
- Thompson M. P., Norris F. H., Ruback R. B. (1996). System influences on posthomicide beliefs and distress. *American Journal of Community Psychology*, 24(6), 785–809. <https://doi.org/10.1007/BF02511035>
- Tontodonato P., Erez E. (1994). Crime, punishment, and victim distress. *International Review of Victimology*, 3(1-2), 33–55. <https://doi.org/10.1177/026975809400300203>
- Van Den Bos K., Lind E. A. (2002). Uncertainty management by means of fairness judgments. In Zanna M. P. (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 34, pp. 1–60). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(02\)80003-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(02)80003-X)
- van Denderen M., de Keijser J., Huisman M., Boelen P. A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(2), 207–227. <https://doi.org/10.1177/0886260514555368>
- van Denderen M., de Keijser J., Kleen M., Boelen P. A. (2015). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: A systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 16(1), 70–80. <https://doi.org/10.1177/1524838013515757>
- Wellman A. R. (2014). Faith without answers: The use of religion among cold case homicide survivors. *Omega*, 69(1), 19–39. <https://doi.org/10.2190/OM.69.1.b>
- Wemmers J. A. (2013). Victims' experiences in the criminal justice system and their recovery from crime. *International Review of Victimology*, 19(3), 221–233. <https://doi.org/10.1177/0269758013492755>
- Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zinzow H. M., Rheingold A. A., Hawkins A. O., Saunders B. E., Kilpatrick D. G. (2009). Losing a loved one to homicide: Prevalence and mental health correlates in a national sample of young adults. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 20–27. <https://doi.org/10.1002/jts.20377>

CHAPITRE 4

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce quatrième chapitre est composé de cinq sections détaillant et intégrant les résultats tirés des deux études qui composent cette thèse doctorale. La première section présentera un rappel des objectifs généraux de la thèse, et des objectifs précis des deux articles scientifiques en offrant également un bref résumé du contexte théorique sous-jacent. La deuxième section présentera une synthèse et une intégration des résultats des deux articles à la littérature scientifique actuelle concernant les proches endeuillés par homicide (PEH) et d'autres populations exposées à un événement potentiellement traumatique. La troisième section soulignera les implications théoriques, cliniques et sociales découlant des résultats des deux articles. La quatrième section présentera les forces et les limites de cette thèse ainsi que les pistes de recherches futures. La dernière section, soit la cinquième, présentera les activités de transfert des connaissances qui ont eu lieu au cours de ce projet.

4.1 Rappel des objectifs poursuivis

Depuis les dernières années, de plus en plus d'études ont porté sur la santé mentale des PEH. Parmi celles-ci, certaines ont montré que les PEH pourraient manifester encore plus de détresse que celle rapportée par toutes autres populations de proches endeuillés par mort traumatique (Murphy *et al.*, 1999, 2003). Par conséquent, s'intéresser à la santé mentale des PEH semble essentiel. De plus, plusieurs recherches ont mis en évidence les hauts niveaux de détresse présents chez cette population (p. ex., Sharpe et Iwamoto, 2022; van Denderen *et al.*, 2015). Cependant, peu de chercheurs ont étudié des indicateurs positifs de la santé mentale post-homicide. Dans le but de pallier cette lacune, en plus des symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT), nous nous sommes intéressées à la satisfaction envers la vie des PEH qui semble particulièrement faible dans le peu d'études l'ayant mesuré (Simmons *et al.*, 2014).

En plus de l'état psychologique des PEH, plusieurs études qualitatives se sont intéressées aux stressors spécifiques vécus par ces proches, notamment la présence au procès (p. ex., Englebrecht *et al.*, 2014; Metzger *et al.*, 2015). Les résultats de ces études suggèrent que la présence des PEH au procès est marquante et peut exacerber leurs problèmes de santé mentale. Cependant, très peu de données quantitatives sont disponibles à ce sujet. De plus, nous en savons peu sur les aspects spécifiques du procès qui peuvent jouer un rôle dans la santé mentale post-homicide, tels que les perceptions de justice, la

détresse lors du procès et l'insatisfaction envers le verdict. La plupart des études concernant les associations entre la présence au procès, les facteurs associés et la santé mentale ont été menées auprès d'autres populations (p. ex., personnes victimes d'agression sexuelle, de voie de fait, de vol qualifié et/ou de menaces; Campbell *et al.*, 2001; Morissette et Wemmers, 2016). Par conséquent, cette thèse s'est intéressée au rôle de la présence au procès et des facteurs liés à ce dernier dans la santé mentale des PEH, conformément au modèle de Colquitt (2001). Ce modèle met en évidence les différents types de perceptions de justice qui peuvent agir comme des facteurs de protection de la santé mentale. De plus, en concordance avec le modèle sociocognitif de l'adaptation aux stressors de Lepore (2001), de nombreuses études se sont intéressées au rôle du soutien social perçu dans la santé mentale des PEH. Le modèle de Lepore (2001) met en lumière l'importance du soutien social dans le rétablissement et l'ajustement émotionnel aux stressors. Des résultats contradictoires quant aux associations entre le soutien social perçu et les symptômes de TSPT des PEH ont été observés, ce qui pourrait être expliqué par l'interaction du soutien social perçu avec un facteur unique à la réalité post-homicide, soit la présence au procès. Effectivement, plusieurs études qualitatives suggèrent que la présence au procès peut moduler la façon dont le soutien social perçu influence la santé mentale (p. ex., Feldthusen *et al.*, 2000). Par conséquent, de manière novatrice, cette thèse a examiné l'interaction entre la présence au procès, les facteurs liés au procès et le soutien social perçu. L'étude de l'interaction entre ces facteurs a permis pour la première fois d'étudier la contribution des modèles de Colquitt (2001) et de Lepore (2001) au sein d'une même étude quantitative.

Cette thèse visait de manière générale à enrichir les connaissances actuelles relatives à la santé mentale des PEH. Le rôle des facteurs post-homicides a tout d'abord été documenté dans le premier article (chapitre 2) via une recension systématique des recherches scientifiques portant sur les facteurs post-homicides de la santé mentale des proches endeuillés. Le deuxième article (chapitre 3) a testé les associations entre la présence au procès, les facteurs liés à ce dernier, le soutien social perçu, les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie des PEH.

4.2 Synthèse et intégration des résultats

4.2.1 Article 1

Une première étude de recension systématique des écrits visait l'identification des facteurs post-homicides associés à la santé mentale des PEH. Une analyse narrative analytique, inspirée des normes de

production des revues systématiques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Dagenais *et al.*, 2013), a été employée. L'étude s'est inspirée des normes de production des revues systématiques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Dagenais *et al.*, 2013). Elle s'est également appuyée sur les critères de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses; Page *et al.*, 2021). Cette première étude, intitulée « *Mental Health of Homicidally Bereaved Individuals : A Systematic Review of Post-Homicide Factors* », a été publiée dans le *Journal of Death and Dying* en avril 2024 (chapitre 2). Cette étude a permis de mettre en évidence 3913 études correspondant à nos critères de recherche: (homicid* OR murder OR manslaughter OR assassination) AND (surviv* OR "co-victim*" OR "covictim*" OR "secondary victim*" OR bereave*). En plus de ces études, quatre articles ont été identifiés dans la littérature grise (Englebrecht, 2011; Murphy *et al.*, 1999; Rheingold *et al.*, 2015; Parappully *et al.*, 2002). Une analyse des doublons de ces 3917 articles a conduit à l'exclusion de 1327 de ces derniers. Une analyse des titres, mots clés et résumés a conduit à l'exclusion de 2472 articles. Parmi les 118 articles sélectionnés pour une lecture complète du texte, 35 articles ont été retenus. Conséquemment, un total de 35 articles a été inclus dans cette recension. Pour chaque article, une analyse rigoureuse visait les caractéristiques des échantillons (p. ex., âge moyen des participants, temps écoulé depuis l'homicide, pays d'appartenance), le devis de recherche (p. ex., quantitatif, qualitatif, mixte), les facteurs post-homicides et les indicateurs de santé mentale identifiés. Surtout, cette analyse permettait d'examiner les associations entre les facteurs post-homicides recensés et ces indicateurs auprès de populations de PEH. Cet article a permis d'abord d'analyser l'état de la littérature scientifique actuelle portant sur les facteurs post-homicides liés au système de justice criminelle (SJC; $n = 18$), sociaux ($n = 15$), liés aux stratégies d'adaptation ($n = 14$), cognitifs ($n = 7$), émotionnels ($n = 2$), et d'autres facteurs ne correspondant pas à ces dernières catégories ($n = 20$, p. ex., temps écoulé depuis l'homicide, événements traumatiques vécus depuis l'homicide). La prochaine section analysera, par catégorie de facteurs post-homicides, les résultats de recherche obtenus concernant les associations entre les facteurs post-homicides et la santé mentale des PEH.

4.2.1.1 Rôle des facteurs post-homicides étudiés: analyse des résultats de la littérature

Les résultats de la première catégorie de *facteurs liés au système de justice criminelle* (SJC) revêtent une importance significative, car plusieurs études qualitatives ont montré que les procédures légales et criminelles pourraient exacerber la détresse des PEH. Cependant, jusqu'à maintenant, aucune étude quantitative n'a examiné l'influence de ce facteur sur la santé mentale. De plus, les résultats d'études

quantitatives et qualitatives ont montré que le manque d'informations reçues par les travailleurs du SJC (justice informationnelle) était associé à la détresse post-homicide. Ces résultats sont cohérents avec ceux des études menées auprès d'autres populations de victimes de crimes (p. ex., agression, vol, menaces; Gray, 2005). Ils sont aussi en cohérence avec le modèle de la justice organisationnelle de Colquitt (2001) qui souligne l'importance des perceptions de justice (distributive, procédurale, interpersonnelle et informationnelle) dans le bien-être. Or, aucune étude quantitative n'a observé jusqu'à maintenant l'influence des perceptions de justice distributive, procédurale et interpersonnelle sur la santé mentale des PEH, bien que ces perceptions étaient associées avec la détresse d'autres personnes victimes d'actes criminels (Lens *et al.*, 2015; Morissette et Wemmers, 2016; Wemmers 2013). Finalement, nous avons observé des résultats incongruents concernant les associations entre la satisfaction envers le SJC et la détresse des PEH. En plus de ces résultats divergents, aucune étude n'aurait examiné la satisfaction *envers le verdict* et son influence sur la santé mentale, bien qu'elle aurait été associée aux symptômes de TSPT de personnes victimes d'agression sexuelle ou physique (Orth et Maercker, 2004).

La deuxième catégorie inclut les *facteurs sociaux* et a montré que maintenir des relations négatives, recevoir moins de soutien social et vivre des difficultés sur le plan relationnel étaient associés à plus de détresse, alors qu'avoir un réseau social disponible et obtenir du soutien social de la famille étaient associés à moins de détresse. Ces résultats concordent avec ceux qu'on retrouve dans d'autres populations de personnes victimes d'événements traumatiques (Arnberg *et al.*, 2012; Jankowski *et al.*, 2004; Littleton, 2010; Oexle et Sheehan, 2019; Setti *et al.*, 2016), et dans une méta-analyse récente (Zalta *et al.*, 2021). Les résultats de cette catégorie sont aussi cohérents avec plusieurs modèles théoriques qui montrent l'importance des facteurs sociaux dans l'adaptation post-traumatique (Lepore, 2001; Joseph *et al.*, 1995). Cependant, des résultats incongruents ont été observés pour les relations entre la perception du soutien social et la détresse. Par conséquent, étudier l'influence d'autres variables, dont un stressor spécifique à cette population comme la présence au procès, semble essentiel. Finalement, nous avons observé qu'aucune étude n'a examiné les liens entre le soutien social perçu et la satisfaction envers la vie post-homicide.

Les résultats de la troisième catégorie ont montré que plusieurs *stratégies d'adaptation* jouent un rôle aggravant sur la détresse, dont la consommation d'alcool excessive. Le lien positif entre la consommation d'alcool excessive et la détresse post-traumatique a été montré à de nombreuses reprises dans la littérature (Debell *et al.*, 2014). Des résultats incongruents ont plutôt été observés concernant le rôle du

soutien religieux et des stratégies d'adaptation religieuses et soulignent la complexité de ces facteurs dans la santé mentale post-homicide. De plus, cette recension montre que le rôle de plusieurs stratégies d'adaptation dans le bien-être post-homicide a été testé. Les facteurs associés au bien-être des PEH étaient: maintenir un lien avec la personne assassinée, passer du temps seul, aider autrui, passer du temps avec la famille et les amis ainsi que ne pas consommer d'alcool. Des résultats similaires ont été observés dans d'autres populations victimes d'événements traumatiques (Currier *et al.*, 2015; Waller *et al.*, 2015; Weinberg *et al.*, 2017).

La quatrième catégorie inclut les *facteurs cognitifs* et a montré le rôle significatif des cognitions associées à la perte par homicide dans l'intégration émotionnelle de cet événement. Ces résultats concordent avec le modèle théorique de Joseph *et al.* (1995) et avec les résultats observés dans d'autres populations de victimes d'événements traumatiques (p. ex., Lépine *et al.*, 2023). Les résultats de cette catégorie sont aussi cohérents avec des méta-analyses qui portent sur le rôle des interprétations cognitives dans la détresse post-traumatique dans la population générale (Brown *et al.*, 2019; Gómez de La Cuesta, 2019). Cependant, le rôle d'autres facteurs cognitifs importants, dont les croyances fondamentales, n'aurait pas encore été étudié jusqu'à maintenant dans la santé mentale post-homicide.

Dans la cinquième catégorie incluant les *facteurs émotionnels*, la vengeance était associée à plus de symptômes de détresse et à un moins bon fonctionnement. Plusieurs études dans d'autres populations de personnes victimes d'événements traumatiques ont montré des associations significatives entre la vengeance et la détresse (p. ex., Kunst, 2011). Plusieurs autres facteurs, comme la colère exprimée ou réprimée, l'impulsivité et la solitude, ont été associés à la détresse dans d'autres populations de victimes (Lépine *et al.*, 2023), mais n'auraient pas été étudiés chez les PEH.

Dans la sixième catégorie qui comprend les *autres facteurs*, des résultats contradictoires ont été observés concernant le lien entre le temps écoulé depuis l'homicide, la détresse et le bien-être. Il semble donc que le temps ne diminuerait pas toujours les symptômes de détresse. Des résultats incongruents ont aussi été observés concernant le lien entre le temps écoulé depuis le crime et la santé mentale chez d'autres populations de victimes de crime (Jann *et al.*, 2024). Il semble donc essentiel de mieux comprendre son rôle dans les études futures.

Dans la prochaine section, les forces et les limites de cette recension systématique et des études recensées (examinant les facteurs post-homicides et leur association à la santé mentale des PEH) seront explorées tout en proposant des pistes de recherche futures.

4.2.1.2 Analyse des forces et des limites de la recension et des études recensées

Parmi les forces identifiées de ce premier article de thèse, notons que celui-ci a examiné à la fois des indicateurs de santé mentale positifs et négatifs, ce qui concorde avec plusieurs modèles théoriques définissant les différentes dimensions de la santé mentale (Massé *et al.*, 1998). Surtout, cette recension a permis de mettre en lumière le rôle des facteurs liés au SJC et sociaux, et ce, en concordance avec les modèles de Colquitt (2001), Lepore (2001) et Joseph *et al.* (1995). Cette recension a ainsi permis d'approfondir notre compréhension des mécanismes explicatifs de la variabilité entre les PEH dans l'intensité de leur détresse, tout en mettant en lumière la possibilité que les facteurs sociaux et liés au SJC interagissent entre eux.

Cette recension révèle le rôle significatif de la présence au procès, un événement unique aux PEH. La catégorie des facteurs liés au SJC était d'ailleurs la plus prévalente, après la catégorie « Autres ». Effectivement, plusieurs études qualitatives se sont intéressées à cette expérience spécifique et à ses conséquences sur la santé mentale post-homicide. Les résultats de ces études ont montré que la présence au procès constitue souvent un facteur de risque de la santé mentale, comme elle était associée à des niveaux plus élevés de détresse. Les interactions avec le SJC pourraient donc être nuisibles pour la santé mentale des PEH. Ces résultats ont confirmé l'importance de considérer ce stressor unique à la perte par homicide dans la compréhension de la santé mentale des proches endeuillés. Or, très peu de devis quantitatifs ont été utilisés dans l'étude de ce stressor jusqu'à maintenant.

La recension des écrits a aussi mis en lumière le rôle des aspects spécifiques de la présence au procès. En effet, de nombreuses études ont montré comment la perception d'un manque d'informations de la part des travailleurs du SJC (justice informationnelle) est associée avec plus de détresse chez les PEH (p. ex., Thompson *et al.*, 1996). Ces résultats concordent avec le modèle de la justice organisationnelle de Colquitt (2001) qui met en lumière le rôle protecteur des perceptions de justice dans le bien-être. Cependant, il reste à étudier de manière quantitative les trois autres types de la perception de justice du modèle de Colquitt (2001) chez les PEH, soit la justice procédurale, distributive et interpersonnelle, et ce, à l'aide d'instruments validés. En plus des perceptions de justice, très peu d'études ont porté sur la détresse lors

du procès et sur l'insatisfaction envers le verdict, qui sont pourtant associées à la santé mentale d'autres personnes victimes d'actes criminels (p. ex., Orth et Maercker, 2004).

En examinant plusieurs types de facteurs, cette recension offre des perspectives de recherche et d'intervention sur plusieurs fronts. Par conséquent, un professionnel en santé mentale pourra y trouver facilement des résultats intéressants orientant sa recherche ou sa pratique, surtout à propos des facteurs liés au SJC qui constitue la catégorie la plus prévalente. Ce professionnel pourrait notamment évaluer les perceptions d'injustice des PEH présents au procès dans le but de cibler celles qui sont les plus fréquentes et qui exacerbent leur détresse. D'autres pourraient accompagner les PEH qui ont été présents au procès antérieurement dans l'intégration émotionnelle de cette expérience souvent vécue comme étant injuste.

En dépit de ces forces, la présente recension comporte plusieurs limites. Bien que l'inclusion de différents types de devis de recherche ait permis une compréhension plus large de l'expérience des PEH, l'hétérogénéité des devis et des indicateurs de santé mentale rend difficile les comparaisons entre les études ayant étudié les mêmes facteurs. L'explication des résultats contradictoires en est donc plus complexe. De plus, pour être inclus dans cette recension, les articles devaient porter exclusivement sur des PEH, ce qui a conduit à l'exclusion de nombreuses études composées d'échantillons hétérogènes de proches endeuillés (p. ex., échantillons mixtes composés de proches endeuillés par accident, suicide et homicide). Dans la littérature actuelle, des différences ont été observées entre les PEH et les proches endeuillés par d'autres types de décès, notamment en termes de cognitions et d'intensité de leur détresse (Murphy *et al.*, 2003). Par conséquent, bien qu'étudier uniquement les PEH ait permis de mettre l'accent sur les facteurs spécifiques à leur santé mentale, les recherches futures pourraient étudier les différences entre les PEH et les autres proches endeuillés quant à leur santé mentale et aux facteurs post-décès afin de mieux comprendre les particularités de chacune de ces populations. De plus, le choix de l'AXIS (Downes *et al.*, 2016) pour évaluer la qualité des études n'a pas permis de capter adéquatement les risques de biais propres aux études qualitatives. Dans les études futures, l'utilisation du Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2024) pourrait être plus adapté et permettrait de mieux évaluer la qualité des études qualitatives. Enfin, toutes les études ont été traitées de façon uniforme et sur un même pied d'égalité dans l'article 1. Pour remédier à cette limite, il semble crucial que les recensions systématiques futures nuancent leurs résultats en fonction de la qualité méthodologique, des forces et des limites des études incluses. Une telle approche permettrait de mieux nuancer les résultats et d'éclairer les divergences observées dans la littérature.

Concernant les limites des études incluses dans la présente recension, plusieurs facteurs post-traumatiques identifiés dans les modèles théoriques (p. ex., Janoff-Bulman, 1989) et considérés comme étant significatifs dans les études empiriques (p. ex., Matthews et Marwit, 2004) n'ont pas encore été étudiés chez les PEH. Par exemple, à notre connaissance, aucune étude n'a examiné le rôle des croyances fondamentales dans la santé mentale des PEH. Pourtant, Matthews et Marwit (2004) ont montré que les croyances fondamentales négatives sur la valeur personnelle (p. ex., « Je suis indigne de valeur »), sur le sens de la vie (p. ex., « La vie est injuste ») et sur le monde (p. ex., « Les gens sont fondamentalement mauvais ») étaient associées avec davantage de détresse chez les parents endeuillés par accident et maladie. Par conséquent, la présence de ces croyances chez les PEH pourrait également être associée à leur détresse. De plus, à notre connaissance, aucune étude n'a examiné le rôle de l'auto-efficacité face à l'épreuve dans la santé mentale des PEH. Pourtant, Cieslak *et al.* (2008) ont proposé un modèle selon lequel l'auto-efficacité face à l'épreuve (c.-à-d., croyances des individus en leurs capacités à exercer un contrôle sur leur fonctionnement et les événements qui affectent leur vie; Bandura, 1994; traduction libre) agit comme variable médiatrice de la relation entre les cognitions négatives et la santé mentale. Plus particulièrement, les cognitions négatives à propos de soi et du monde diminuent l'auto-efficacité face à l'épreuve, car elles amènent l'individu à percevoir qu'il ne dispose pas des ressources nécessaires pour faire face aux exigences liées au trauma, ce qui contribue au développement et au maintien de la détresse. Les résultats de l'étude de Benight *et al.* (2001) indiquent que les veuves endeuillées par cancer présentant un niveau plus élevé d'auto-efficacité rapportaient moins de détresse émotionnelle, une meilleure santé physique et psychologique ainsi qu'un niveau de bien-être spirituel plus élevé. Par conséquent, une meilleure compréhension du rôle de l'auto-efficacité face à l'épreuve dans la santé mentale des PEH apparaît essentielle. De plus, peu d'études ont examiné les indicateurs positifs de la santé mentale, comme la satisfaction envers la vie. Pourtant, étudier le bien-être des PEH pourrait permettre d'obtenir un portrait multidimensionnel et juste de la santé mentale post-homicide. À propos des devis utilisés, très peu d'études longitudinales permettent d'éclaircir l'influence à long terme des facteurs post-homicides sur les indicateurs de santé mentale. La prédominance des devis transversaux nous empêche de mieux comprendre la direction de ces liens. Cependant, les quelques devis longitudinaux qui évaluent l'évolution des facteurs et indicateurs de santé mentale dans le temps après l'événement traumatique comportent des défis sur le plan de la confidentialité et sur l'attrition des participants entre les temps de mesure (Scott *et al.*, 2006; Zinzow *et al.*, 2011). Ces défis pourraient expliquer en partie la prédominance des devis transversaux.

4.2.1.3 Analyse du risque de biais

Dans le cadre de ce premier article, les forces et limites de chacune des études incluses dans cette recension ont été analysées en détail à l'aide de l'instrument intitulé « *Appraisal tool for Cross-Sectional Studies (AXIS)* ». L'analyse des scores obtenus suggère une interprétation prudente des résultats de celles ayant un risque élevé de biais. Plus particulièrement, 15 études évaluées ont reçu un score inférieur à la moyenne (c.-à-d., moins de 15 sur 20), tandis que 20 études ont obtenu un score supérieur à la moyenne (avec un minimum de 7/20 et un maximum de 19/20).

Parmi les risques de biais les plus souvent identifiés, les études ont souvent recruté leurs participants dans des organismes communautaires soutenant les PEH. Cette stratégie de recrutement pourrait réduire la représentation des échantillons, comme les PEH qui cherchent de l'aide peuvent rapporter plus de détresse. D'autres préoccupations méthodologiques concernent la mesure des facteurs post-homicides et des indicateurs de santé mentale. Par exemple, la seule étude ayant mesuré les perceptions de justice chez les PEH (Thompson *et al.*, 1996) a examiné la perception de justice informationnelle en utilisant un seul item avec une échelle de Likert (1 = *Pas du tout*; 5 = *Extrêmement*). Par conséquent, la perception de justice informationnelle n'a pas été mesurée avec un instrument validé cohérent avec les modèles théoriques sous-jacents (c.-à-d., Colquitt, 2001). Quant à la mesure des symptômes de TSPT, la plupart des études incluses n'ont pas réalisé d'entrevues cliniques structurées, mais ont plutôt utilisé des mesures autorapportées, ce qui pourrait diminuer la validité des résultats obtenus et conduire à une estimation biaisée des symptômes des PEH (Thombs *et al.*, 2018). De manière générale, l'utilisation de l'AXIS a permis de détecter les lacunes des études recensées dans la présente recension systématique, et ce, dans le but d'y remédier dans le deuxième article de cette thèse.

Bien que les risques de biais rapportés aient été recensés et discutés dans le deuxième article, l'ensemble des résultats ont néanmoins été traités sur un même pied d'égalité. En effet, les résultats des études n'ont pas été pondérés en fonction de leur biais, de leur puissance statistique ni de leur taille de leur échantillon. Or, l'analyse de la qualité méthodologique des études pourrait permettre de mieux comprendre et d'expliquer les résultats mixtes observés. Dans les études futures, il serait pertinent de nuancer l'interprétation et la fiabilité des résultats en fonction, notamment, des risques de biais associés aux études.

4.2.2 Article 2

Le deuxième article visait à comparer les niveaux de symptômes de TSPT et de satisfaction envers la vie des PEH présents au procès et de ceux absents à ce dernier. De plus, il visait à examiner l'effet modérateur de la présence au procès sur la relation entre le soutien social perçu et la santé mentale des PEH. Finalement, il examinait, et ce, uniquement chez les PEH présents au procès, les relations entre les facteurs liés au procès (c.-à-d., perceptions de justice, détresse lors du procès, insatisfaction envers le verdict), le soutien social perçu et la santé mentale des PEH. Nos analyses ont pris en considération une variable de contrôle à la santé mentale post-homicide, soit le temps écoulé depuis l'homicide.

Nous observons tout d'abord que 47 % des PEH rapportaient un score équivalant à un possible diagnostic de TSPT (score de 33 ou plus au *PTSD Checklist for DSM-5*; PCL-5; Weathers *et al.*, 2013; Blevins *et al.*, 2015). Cette prévalence semble particulièrement élevée en comparaison à celles rapportées dans d'autres études menées auprès de PEH (p. ex., 17,8 %; *PTSD Checklist for DSM-5*; PCL-5; Blevins *et al.*, 2013; Sharpe et Iwamoto, 2022), de proches endeuillés par mort violente (1 %; PCL-5; Djelantik *et al.*, 2021) et de personnes disparues (23,1 %; PCL-5; Lenferink *et al.*, 2017). Quant à la satisfaction envers la vie, le score moyen de cet indicateur de bien-être dans notre étude ($M = 20,63$; $ET = 7,93$) semble plus élevé en comparaison à celui qu'on retrouve dans l'étude de Simmons *et al.* (2014) menée auprès de PEH ($M =$ entre 14,14 et 15,65; $ET =$ pas rapporté). Chez les proches endeuillés par maladie, les scores moyens de satisfaction envers la vie variaient entre 25,59 et 26,08 ($ET =$ entre 5,49 et 5,79; Boelen et O'Connor, 2022), et par conséquent, semblent plus élevés que ceux de notre étude. .

Des analyses comparatives entre les PEH présents au procès et ceux absents à ce dernier ont été effectuées afin de mieux comprendre les différences entre ces deux groupes sur le plan de leur santé mentale, du soutien social perçu et des caractéristiques sociodémographiques. Les résultats ont indiqué que les niveaux de symptômes de TSPT, de satisfaction envers la vie et de soutien social perçu étaient similaires chez les PEH présents au procès et ceux absents à ce dernier. De plus, les deux groupes ne présentaient aucune différence significative quant au temps écoulé depuis l'homicide, l'âge, la relation avec la personne assassinée, leurs niveaux d'études et leur statut marital. La seule différence significative détectée était sur le plan de la qualité de la relation avec la personne assassinée. Les PEH présents au procès avaient une qualité de la relation avec la personne assassinée plus élevée que ceux absents au procès, une observation cohérente avec les écrits empiriques (Dyregrov *et al.*, 2003; Servaty-Seib et Pistole, 2007). En résumé, les

deux sous-échantillons de PEH possédaient des caractéristiques similaires, à l'exception de la qualité de la relation avec la personne assassinée.

Le choix des variables contrôles de cette étude a été guidé par les résultats de notre premier article étant la recension concernant les facteurs associés à la santé mentale des PEH. Cette démarche a permis d'identifier les résultats de trois études montrant la relation négative entre le temps écoulé depuis l'homicide et les symptômes de TSPT (McDevitt-Murphy *et al.*, 2012; Soydas *et al.*, 2020; van Denderen *et al.*, 2016). Des résultats similaires ont aussi été observés dans des échantillons de proches endeuillés par mort violente ou naturelle (Heeke *et al.*, 2022). Afin de contrôler l'effet du temps écoulé depuis l'homicide sur la santé mentale des PEH, nous l'avons inclus dans cet article.

Des analyses de corrélations entre les facteurs post-homicides et la santé mentale des PEH ont ensuite été effectuées. Au sein de l'échantillon complet, une perception positive du soutien social reçu des amis et de la famille était associée significativement à moins de symptômes de TSPT. La perception du soutien reçu par une personne significative n'était pas associée significativement aux symptômes de TSPT, ce qui est cohérent avec les résultats de l'étude de Keles *et al.* (2023). À propos de la satisfaction envers la vie, la perception positive des trois sources de soutien social (famille, amis, personne significative) était associée à davantage de satisfaction envers la vie. Ces résultats concordent avec ceux observés dans des populations de proches endeuillés par mort soudaine ou violente (Scott *et al.*, 2020). L'étude de ces différentes sources est novatrice, car elle n'a jamais été réalisée quantitativement dans les études antérieures menées auprès de PEH.

Les associations entre les facteurs liés au procès et la santé mentale des PEH ont été examinées chez les PEH présents au procès ($n = 63$). Elles ont montré que ni le score global de perceptions de justice ni les scores des quatre dimensions de perceptions de justice (distributive, procédurale, interpersonnelle et informationnelle) n'étaient associés significativement aux symptômes de TSPT. Dans les prochains paragraphes, les associations entre les perceptions de justice et les symptômes de TSPT deviendront significatives lorsque nous considérons la variance expliquée par le soutien social perçu et le temps écoulé depuis l'homicide. Nous avons observé que le score global des perceptions de justice était, de son côté, associé négativement à la satisfaction envers la vie. Concernant les sous-échelles, seulement les perceptions de justice distributive et informationnelle étaient associées à plus de satisfaction envers la vie. À propos de la détresse lors du procès, nous avons observé que ce facteur était associé

significativement et négativement symptômes de TSPT. Ce résultat est aussi cohérent avec l'étude quantitative de Campbell *et al.* (2001) menée auprès de personnes victimes d'agression sexuelle. De plus, les PEH qui ont ressenti un niveau élevé de détresse lors de cet événement rapportaient aussi un niveau faible de satisfaction envers la vie.

Finalement, à propos de l'insatisfaction envers le verdict, ce facteur était associé positivement aux symptômes de TSPT. Des résultats similaires sont observés dans des études menées auprès de PEH (Baliko et Tuck, 2008) et de personnes victimes d'agressions sexuelles ou physiques (Orth, 2002; Orth et Maercker, 2004). Finalement, davantage d'insatisfaction envers le verdict était associée à moins de satisfaction envers la vie chez les PEH.

Ces résultats précédents portant sur les facteurs liés au procès soulignent le caractère central de ce stressor tout particulier aux PEH, soit la présence au procès. Il met en évidence la pertinence du modèle de la justice organisationnelle de Colquitt (2001). Ces résultats renforcent, par conséquent, la présence au procès et les facteurs associés comme compléments aux modèles théoriques plus classiques qui peuvent être appliqués à toutes les populations exposées à un événement potentiellement traumatique (p. ex., Lepore, 2001). Ceci soulève ainsi l'importance d'aller au-delà des facteurs qui s'appliquent à toutes les populations exposées à un événement potentiellement traumatique lorsque nous tentons de mieux comprendre les facteurs d'influence de la santé mentale de populations spécifiques, comme les PEH. Les implications théoriques, cliniques et sociales seront discutées plus en détail lors des prochaines sections.

Ces résultats préparent les analyses de modérations et de régressions hiérarchiques, soit les analyses principales de la présente thèse. Les analyses de modulation ont permis de tester l'influence de la présence au procès sur la relation entre le soutien social perçu et la santé mentale, soit les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie. Pour ces analyses, le temps écoulé depuis l'homicide était contrôlé.

Pour les symptômes de TSPT, nos résultats ont montré que la présence au procès modère la relation entre le soutien social perçu et cet indicateur de santé mentale. Cela signifie que le soutien social perçu comme positif était associé à moins de symptômes de TSPT chez les PEH présents au procès, mais pas pour ceux absents à ce dernier. Nos résultats signifient que la présence au procès n'aurait pas un impact direct sur la détresse des PEH, mais activerait le rôle protecteur du soutien social perçu comme étant positif sur la santé mentale des PEH. Ces résultats sont cohérents avec ceux qu'on retrouve dans les études qualitatives d'Alves-Costa *et al.* (2018) et de Feldthusen *et al.* (2000) dont les résultats ont suggéré une interaction

entre la présence au procès et le soutien social perçu. Plus particulièrement, Feldthusen *et al.* (2000) met en lumière l'importance d'avoir un système de soutien social positif, fort et solide lors du procès, surtout de la part de la famille et des amis, et ce, afin de mieux tolérer le stress découlant des procédures judiciaires.

Nos résultats suggèrent que la façon dont l'homicide est reconnu par l'entourage semble affecter la santé mentale des proches endeuillés. Le procès pourrait constituer un espace de connexion relationnelle et d'expression émotionnelle pour les PEH. Effectivement, le fait d'être entouré par leurs êtres chers pendant le procès serait l'occasion pour ces proches endeuillés de partager leur vécu émotionnel et d'intégrer émotionnellement cet événement traumatique. Plus particulièrement, vivre la perte par homicide de façon collective lors du procès pourrait donc augmenter la cohésion et l'entraide sociale, le sentiment d'être compris, entendus, légitimé, et ce processus peut favoriser l'adaptation à la perte (Brillon, 2004). Il est possible que la présence des proches lors du procès aide les PEH à s'exposer à l'homicide, flexibilise certaines croyances, ce qui favoriserait également le processus d'habituation aux éléments de l'homicide. S'intéresser à cet événement additionnel vécu par les PEH permet d'offrir de possibles explications aux résultats incongruents concernant le lien entre le soutien social et les symptômes de TSPT. Selon nos recherches, favoriser le soutien social lors du procès semble une piste intéressante autant sur le plan social que clinique dans le but de réduire les conséquences délétères de la présence au procès sur la santé mentale post-homicide.

Pour la satisfaction envers la vie, les résultats des analyses de modération sont différents que ceux observés pour les symptômes de TSPT. Effectivement, la présence au procès n'influait pas significativement la relation entre le soutien social perçu et cet indicateur de bien-être. Par conséquent, l'interaction entre la présence au procès et le soutien social perçu serait moins pertinente pour la satisfaction envers la vie. Il est possible que le soutien social influence le bien-être des individus, et ce, indépendamment de l'adversité ou des stressés vécus, tout comme le suggère Thoits (2001). La satisfaction envers la vie pourrait alors constituer un état émotionnel plus stable à travers le temps en comparaison avec les symptômes de TSPT (Diener, 2009). Les résultats des analyses suggèrent possiblement que la relation entre le soutien social et la satisfaction envers la vie pourrait être si forte qu'elle n'aurait pas tendance à varier en fonction de stressés, comme la présence au procès.

Les résultats découlant des régressions hiérarchiques ont montré que les perceptions de justice étaient associées négativement aux symptômes de TSPT, et ce, au-delà du soutien social perçu et du temps écoulé depuis l'homicide. Ces résultats sont cohérents avec des études menées auprès d'autres populations victimes d'actes criminels qui montrent le rôle significatif des perceptions de justice dans la détresse post-crime (Gray, 2005; Lens *et al.*, 2015; Morissette et Wemmers, 2016; Wemmers, 2013). Pour la satisfaction envers la vie, les perceptions de justice étaient aussi associées positivement à cet indicateur de bien-être, et ce, au-delà du soutien social perçu et du temps écoulé depuis l'homicide. Le rôle significatif des perceptions de justice dans la satisfaction envers la vie des PEH est cohérent avec l'étude de Hu *et al.* (2024) menée auprès d'employés d'entreprises du secteur privé et qui a montré que les quatre dimensions de la perception de justice de Colquitt (2001) étaient associées positivement à la satisfaction envers la vie. Notre étude est la première s'étant intéressée au rôle des quatre perceptions de justice définies par Colquitt (2001) dans la santé mentale post-homicide.

Les résultats découlant des régressions hiérarchiques ont aussi montré que la détresse lors du procès et l'insatisfaction envers le verdict étaient associées aux symptômes de TSPT et à la satisfaction envers la vie, et ce, au-delà du soutien social perçu et du temps écoulé depuis l'homicide. Ces résultats sont cohérents avec ce qui a été observé dans d'autres populations exposées à un événement potentiellement traumatique (Campbell *et al.*, 2001; Orth et Maercker, 2004). Les implications scientifiques de ces résultats sont considérables: ils montrent qu'une part unique et supplémentaire de la variance expliquée de la santé mentale post-homicide est attribuable à la détresse lors du procès et à l'insatisfaction envers le verdict.

Ainsi, l'utilisation d'analyses de régressions hiérarchiques a permis de valider le rôle important des facteurs liés au procès dans la santé mentale post-homicide. Plus particulièrement, elles ont montré le rôle protecteur des perceptions de justice, et le rôle aggravant ou délétère de la détresse lors du procès et de l'insatisfaction envers le verdict. Surtout, elles ont montré la variance additive des facteurs liés au procès lorsqu'ils sont en compétition avec des facteurs bien connus et souvent étudiés dans la littérature, soit le soutien social perçu et le temps écoulé depuis l'homicide. L'apport de ces facteurs est particulièrement intéressant, car plutôt que de s'intéresser uniquement au soutien social des PEH, nous avons ciblé un stressor spécifique aux personnes victimes d'actes criminels, soit le procès. L'attention portée à l'expérience du procès constitue une nouvelle avenue permettant d'améliorer la santé mentale des PEH.

4.3 Implications théoriques, cliniques et sociales

4.3.1 Implications théoriques

Les résultats des deux articles inclus dans cette thèse concordent avec plusieurs conceptualisations théoriques sous-jacentes. Dans le premier article, le modèle d'adaptation à un événement stressant ou traumatique (Joseph *et al.*, 1995), tout comme le modèle de la justice organisationnelle (Colquitt, 2001), a permis de catégoriser les facteurs post-homicides étudiés dans la littérature. Les résultats de cette recension ont permis de confirmer que la majorité des facteurs post-homicides de la santé mentale des proches endeuillés étudiés dans la littérature étaient des facteurs liés au SJC ou sociaux. Cependant, un manque d'études quantitatives rigoureuses examinant les facteurs liés au procès a été observé, pourtant considérés comme importantes sur le plan théorique (Colquitt, 2001) et empirique dans d'autres populations (personnes victimes d'agression; Orth et Maercker, 2004). De plus, aucune étude n'aurait examiné l'interaction entre la présence au procès, les facteurs associés à ce dernier et le soutien social perçu au sein de populations de PEH, aussi considérée comme importante dans d'autres populations (personnes victimes d'agression sexuelle; Feldthusen *et al.*, 2000). Nos résultats suggèrent qu'il est essentiel d'inclure la présence au procès et les facteurs associés à ce dernier aux modèles théoriques qui abordent les facteurs d'influence de la détresse post-traumatique (p. ex., Lepore, 2001). Ceci permettrait de mieux comprendre la variance explicative de la santé mentale des PEH.

Pour l'étude transversale, en plus du modèle de la justice organisationnelle de Colquitt (2001), un autre modèle a été considéré, soit le modèle sociocognitif de l'adaptation aux stressseurs de Lepore (2001). Les résultats de cette étude ont confirmé le rôle significatif des facteurs proposés par ces deux modèles dans la santé mentale des PEH. Surtout, cette deuxième étude a montré la présence d'une interaction entre la présence au procès et le soutien social perçu. Ces résultats soulignent l'importance d'inclure à la fois la présence au procès et les facteurs associés à ce dernier afin d'expliquer la variabilité observée dans l'intensité des problèmes de santé mentale des PEH.

4.3.2 Implications cliniques

Sur le plan clinique, compte tenu des niveaux élevés de symptômes de TSPT observés dans la présente étude et dans les recherches antérieures (Sharpe et Iwamoto, 2022; van Denderen *et al.*, 2015), assurer l'accessibilité des PEH à des services psychologiques adéquats et ajustés à leurs besoins pourrait favoriser

leur adaptation post-homicide. Plusieurs études quantitatives ont évalué l'efficacité de programmes d'interventions sur la santé mentale des PEH (p. ex., Asukai *et al.*, 2001). La recension de Alves-Costa *et al.* (2021) a identifié ces études afin de mieux identifier les interventions psychologiques les plus bénéfiques et efficaces. Il s'agirait de la première recension à ce sujet. Selon cette dernière, cinq programmes d'intervention (Asukai *et al.*, 2001; Rheingold *et al.*, 2015; Saindon *et al.*, 2014; Tuck *et al.*, 2012; van Denderen *et al.*, 2018) ont été menés chez des adultes PEH et seront détaillés dans les prochains paragraphes.

Asukai *et al.* (2001) ont offert 15 séances individuelles hebdomadaires de 90 minutes aux participants. Dans leur échantillon, sept personnes étaient des PEH (46,7 %), six étaient des proches endeuillés par accident, et deux étaient des proches endeuillés par suicide ($N = 15$). Le *Traumatic Grief Treatment Program* utilisé dans cette étude incluait des stratégies de la thérapie cognitive comportementale (TCC) axées sur le trauma et le deuil (p. ex., psychoéducation sur les réactions émotionnelles communes à la perte d'un proche de façon traumatique ou violente, stratégies d'exposition prolongées *in vivo* et en imagination, exercices de respiration ou « rééducation » respiratoire). Les stratégies d'exposition étaient inspirées des travaux de Foa *et al.* (2007). De plus, une exploration des souvenirs et des émotions vécues en lien avec la perte (p. ex., symptômes de TSPT) a été réalisée, et ce, en concordance avec le modèle sur le deuil de Shear *et al.* (2005). Les symptômes de TSPT ont été évalués avant l'intervention et trois fois après celle-ci (soit trois, six, et 12 mois après l'intervention). Les résultats de cette étude ont montré que les participants rapportaient significativement moins de symptômes de TSPT après l'intervention et 12 mois après cette dernière. Par conséquent, les améliorations sur le plan de la détresse à la suite de l'intervention seraient durables.

Rheingold *et al.* (2015) ont offert 10 séances de groupe à raison de deux heures par semaine de type *Restorative Telling* (RT; Rynearson *et al.*, 2006). Dans l'échantillon de cette étude, 69,7 % des participants étaient des PEH, alors que le reste de l'échantillon était des proches endeuillés par suicide ou accident ($N = 73$). La RT consiste en un groupe d'intervention bref et structuré. Plus particulièrement, le récit de la perte est raconté dans le but de le reconstruire en une histoire cohérente qui redonne aux proches endeuillés un sentiment de contrôle, d'autonomie et surtout, davantage de sens à leur vie. Selon Rynearson (2001), le format de groupe permet aux proches d'endeuillés de partager leur expérience, d'apprendre des autres et d'obtenir davantage de soutien social. Les interventions incluaient de la psychoéducation, des stratégies d'exposition, d'imagerie (p. ex., se rappeler des souvenirs positifs en lien

avec le décès dans le but d'honorer la vie de la personne décédée) et de gestion des symptômes (p. ex., entraînement à la relaxation). Les résultats ont montré que les participants rapportaient significativement moins de symptômes de TSPT après l'intervention et 12 mois après cette dernière. Par conséquent, les améliorations sur le plan de la détresse seraient durables.

Saindon *et al.* (2014) ont aussi offert un programme de 10 séances d'interventions de groupe de type RT (Rynearson *et al.*, 2006), selon un protocole semblable à celui décrit dans l'étude de Rheingold *et al.* (2015). Dans cette étude, 80,4 % des participants étaient des PEH, 11,8 % des proches endeuillés par suicide et 7,8 % des proches endeuillés par accident ($N = 51$). Le taux d'abandon à l'intervention (c.-à-d., si les participants qui débutent le programme le terminent) et l'effet de celle-ci sur les symptômes de TSPT ont été examinés. Les résultats ont montré que les participants rapportaient significativement moins de symptômes de TSPT après l'intervention.

Tuck *et al.* (2012) ont testé la faisabilité et l'acceptabilité d'une retraite de deux jours nommée « *TOZI Healing Retreat* » basée sur une approche holistique incluant: des activités contemplatives de réflexion, de la pleine conscience, des exercices d'imagerie guidés, de la psychoéducation sur le trauma (dont l'homicide), le deuil complexe et le processus judiciaire, la construction d'un sens au récit de la perte ainsi que des rituels de guérison. Dans cette étude, l'entièreté de l'échantillon était des PEH ($N = 8$). Cette retraite avait comme but de réduire la détresse, dont les symptômes de TSPT, et d'augmenter le bien-être et la spiritualité. Ces indicateurs de santé mentale ont été mesurés avant et après (28 heures, six semaines, 12 semaines et 30 mois après l'intervention). Les résultats ont montré une diminution dans les scores moyens de TSPT après l'intervention. Cependant, comme les tailles d'échantillon étaient trop petites, examiner si ses différences étaient statistiquement significatives n'a pas été possible.

De son côté, van Denderen *et al.* (2018) ont réalisé une étude expérimentale dans le but de réduire la détresse post-traumatique, notamment les symptômes de TSPT à l'aide d'un programme d'inspiration TCC. Un total de huit séances individuelles a été offert à un échantillon composé uniquement de PEH ($N = 85$). La première séance incluait des éléments de psychoéducation à propos de la perte par homicide. La deuxième séance incluait ensuite une discussion entourant le deuil et des sources de soutien social présentes au sein du réseau social du participant. Ensuite, pendant trois séances, les PEH recevaient trois séances de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) selon un protocole de traitement standardisé néerlandais (De Jongh et Ten Broeke, 2019). Les participants recevaient aussi trois séances de

TCC dans le but d'identifier, de flexibiliser et de changer leurs croyances irrationnelles à propos de la perte, et ce, via la restructuration cognitive et l'exposition. Les participants pouvaient recevoir soit les trois séances d'EMDR ou de TCC en premier. Les indicateurs de santé mentale ont été mesurés avant, après et six mois après le traitement. Les résultats ont montré que les participants rapportaient significativement moins de symptômes de TSPT après l'intervention. De plus, la diminution des symptômes de TSPT est restée stable entre la mesure de ces symptômes après l'intervention et au suivi six mois plus tard.

L'ajout et la présentation des programmes d'intervention offerts aux PEH permettent de mieux comprendre les services psychologiques reçus par cette population ainsi que leur efficacité. La recension d'Alves-Costa *et al.* (2019) met en lumière des avenues intéressantes pour favoriser le rétablissement des proches endeuillés à la suite de l'homicide. Plus particulièrement, elle a montré que la TCC, la RT et l'EMDR sont des stratégies d'intervention qui semblent efficaces chez les PEH. Nous croyons alors qu'il est crucial de rendre ces connaissances académiques accessibles aux PEH et aux personnes qui interviennent auprès d'eux, via notamment des formations et des conférences offertes au sein d'organismes communautaires et du SJC. Nous suggérons aussi que des guides pratiques soient développés dans l'intention d'informer les professionnels en santé mentale de la réalité post-homicide. Ces stratégies pourraient rendre ces programmes d'intervention mieux connus par les personnes qui interviennent auprès des PEH.

Cependant, les études ayant évalué l'efficacité des programmes d'interventions sur la santé mentale des PEH comportent plusieurs limites. Effectivement, seulement deux études ont inclus des mesures à plus long terme des symptômes. Les bénéfices à long terme de ces interventions semblent donc incertains et reste à être testé dans les études futures. De plus, l'effet de ces psychothérapies sur la satisfaction envers la vie n'aurait pas été étudié jusqu'à maintenant. Or, une évaluation de la santé mentale ne devrait pas se baser uniquement sur les aspects douloureux ou négatifs de cette dernière, comme les symptômes de TSPT, afin de déterminer les besoins de soutien psychologique, mais aussi sur les altérations dans le fonctionnement ou le bien-être, notamment la satisfaction envers la vie (p. ex., Keyes, 2005; Massé *et al.*, 1998). S'intéresser à l'effet de ces programmes d'intervention sur des aspects positifs de la santé mentale, comme la satisfaction envers la vie, permettrait de mieux comprendre comment augmenter le bien-être des PEH, et non seulement viser la diminution de leurs symptômes. De plus, les études ayant testé l'efficacité des programmes d'interventions offerts aux PEH ont été réalisées au Japon, aux États-Unis et aux Pays-Bas, et aucune étude à ce sujet n'aurait été menée au Canada. Par conséquent, s'intéresser à l'effet de ces programmes sur la santé mentale des PEH canadiens semble important. Également, plusieurs

études incluses dans la recension d'Alves-Costa *et al.* (2019) ont surtout recruté leurs participants au sein de milieux cliniques (cliniques offrant des services psychologiques, centre de counseling, services de soutien offerts aux PEH; p. ex., Asukai *et al.*, 2001). L'offre de ces programmes d'intervention pourrait aussi être implantée au sein de milieux fréquemment fréquentés par les PEH, notamment le SJC et le service de police. De cette façon, ces programmes d'intervention pourraient être mieux connus pour les PEH qui seraient davantage informés des services psychologiques disponibles.

Surtout, nous constatons que la présence au procès ainsi que les facteurs associés ne semblent pas être ciblés au sein des programmes d'intervention actuels. Or, les résultats de notre thèse mettent en lumière les associations significatives entre la présence au procès, les facteurs associés à ce dernier ainsi que la santé mentale. Nous estimons, par conséquent, qu'il est crucial d'intégrer cette dimension unique aux PEH au sein des programmes d'intervention offerts à cette population. Les prochains paragraphes préciseront en détail comment ces programmes pourraient être ajustés à l'expérience des PEH du procès et des facteurs associés, et ce, dans le but de mieux répondre aux besoins de cette population et de favoriser leur santé mentale.

L'évaluation de la santé mentale des PEH devrait inclure non seulement les symptômes de TSPT et la satisfaction envers la vie (en plus des facteurs sociaux comme le soutien social), mais aussi l'exposition aux stressors post-homicides additionnels, soit la présence au procès. Les facteurs liés au procès devraient aussi être considérés en raison de leur caractère aggravant montré dans la présente thèse. Plus concrètement, les professionnels en santé mentale pourraient administrer des questionnaires aux PEH qui ont été présents au procès afin de mesurer leurs perceptions de justice à l'aide de l'adaptation au SJC du *Organization Justice Scale* (OJS; Colquitt, 2001). Ce questionnaire a montré de bonnes propriétés psychométriques (α = entre 0,88 et 0,93; Enoksen, 2015). Or, à notre connaissance, il semble peu utilisé en milieu clinique et des traductions francophones restent à être publiées. En plus du OJS, les professionnels pourraient évaluer avec précision la santé mentale et le soutien social des PEH à l'aide de questionnaires validés et rigoureusement traduits, tels que le *Support in Intimate Relationships Scale Revised* (Barry *et al.*, 2009; Dehle *et al.*, 2001) et le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Kroenke *et al.*, 2001). En conclusion, une évaluation juste de la santé mentale et des facteurs associés pourrait permettre d'identifier les PEH qui pourraient le plus avoir besoin de soutien psychologique, avant, pendant et après le procès.

En plus de l'évaluation, développer et adapter des *interventions* psychologiques qui ciblent spécifiquement les facteurs liés au procès et au soutien social apparaissent comme des stratégies d'intervention ajustées à la réalité post-homicide. Dans les prochaines sections, plusieurs recommandations cliniques seront proposées.

Tout particulièrement pour les PEH qui sont ou ont été présents au procès, les associations significatives entre les perceptions de justice et la santé mentale mettent en lumière l'importance que les professionnels en santé mentale reflètent, valident et normalisent les perceptions d'injustice. De plus, offrir de la psychoéducation notamment à propos des différents types de perceptions de justice et sur leur rôle dans la santé mentale post-homicide semble important et pertinent. Les perceptions d'injustice pourraient aussi être accueillies au sein de thérapies individuelles ou de groupes de soutien, et ce, en concordance avec Rheingold *et al.* (2015) et Saindon *et al.* (2014). Les résultats de l'article 2 suggèrent qu'il pourrait être bénéfique de cibler plus particulièrement les perceptions d'injustice distributive et informationnelle qui semblent particulièrement préjudiciables pour les PEH. Effectivement, fournir un endroit sécuritaire dans lequel les PEH peuvent exprimer leur sentiment d'injustice envers les décisions du SJC pourrait être bénéfique (justice distributive). De plus, la restructuration cognitive a été montrée comme bénéfique dans la réduction des symptômes post-traumatiques chez les PEH (Asukai *et al.*, 2001). Par conséquent, remettre en question et assouplir les interprétations à la source de certaines émotions douloureuses en lien avec le procès semble pertinent. L'effet thérapeutique du travail de restructuration cognitive est aussi soutenu par van Denderen *et al.* (2018) qui montre l'efficacité de son programme de TCC. De plus, explorer les comportements qui nourrissent ces perceptions et les affects désagréables en découlant pourrait permettre aux PEH de choisir d'autres actions qui permettent de mieux combler leurs besoins et de construire une vie cohérente à leurs valeurs. Par exemple, les résultats de l'étude de Tuck *et al.* (2012) suggèrent qu'il pourrait être pertinent d'encourager les PEH à investir des rituels après la perte. Le mémoire de Marsolais *et al.* (2014) appui également l'importance des rituels dans la santé mentale des parents ayant perdu un adolescent à la suite d'un suicide. En ce sens, nous pouvons imaginer que mettre en place un ou des rituels après la fin du procès pourrait être aidant pour les PEH. Afin de favoriser l'intégration émotionnelle de l'événement traumatique, incorporer des stratégies de RT, spécifiques aux perceptions d'injustice, pourrait permettre de revisiter les moments au cœur du développement de ces perceptions et de coconstruire un sens à celles-ci. Des stratégies d'EMDR pourraient être ajoutées dans le but de réduire l'intensité des pensées, émotions et souvenirs douloureux des PEH en lien avec la perte, et ce, dans le but de favoriser l'intégration et la désensibilisation du souvenir traumatique.

De plus, il semble important que les professionnels en santé mentale reflètent, valident et normalisent la détresse des PEH vécues lors du procès, considérant son lien significatif avec la santé mentale post-homicide. Pour les PEH dont le procès est terminé, ces professionnels pourraient inviter les proches endeuillés à se rappeler de moments douloureux. Cette exposition prolongée au souvenir du trauma ou aux moments douloureux vécus lors du procès pourrait diminuer l'intensité des émotions suscitées dans le présent (McLean et Foa, 2022; Rheingold *et al.*, 2015). Pour les PEH qui seront présents au procès, les professionnels en santé mentale pourraient informer les proches endeuillés quant au déroulement de certaines procédures judiciaires qui peuvent être difficiles. Il s'agirait de préparer les PEH à l'exposition à des détails perturbants de l'homicide. Dans cette visée de préparation, il pourrait aussi être bénéfique d'aider les PEH à mieux tolérer ou atténuer les émotions douloureuses qui pourraient émerger lors du procès (p. ex., utiliser des stratégies de pleine conscience, de gestion des symptômes ou comportementales comme sortir de l'audience ou demander de l'aide), tel que suggéré par Rheingold *et al.* (2015). Tuck *et al.* (2012) suggère le rôle important des stratégies de la thérapie d'acceptation et d'engagement (p. ex., pleine conscience) afin d'augmenter le bien-être des PEH, et donc nous pouvons croire que ces stratégies pourraient être bénéfiques pour les PEH lors du procès. De plus, il pourrait être pertinent de maximiser leur source de soutien social et de les aider à exprimer leurs besoins en lien avec le procès qui se tiendra prochainement dans le but de favoriser leur santé mentale. Les thérapies de groupe permettraient notamment aux PEH d'obtenir davantage de soutien social (Rheingold *et al.*, 2015). Toutes ces stratégies pourraient nécessiter que les professionnels en santé mentale offrent un accompagnement plus fréquent aux PEH lorsque ceux-ci sont présents au procès, tel que proposé par Orth (2002) dans son étude menée auprès de personnes victimes d'agression.

Aussi, il semble crucial d'intervenir cliniquement auprès des PEH concernant leur insatisfaction envers le verdict considérant qu'elle était associée à davantage de symptômes de TSPT et à moins de satisfaction envers la vie. Les professionnels en santé mentale pourraient accompagner les PEH à ressentir, identifier, tolérer, accueillir et exprimer sagement cette insatisfaction afin de favoriser la compréhension et réduction de l'intensité de cette dernière (Brillon, 2017; Rheingold *et al.*, 2015; Tuck *et al.*, 2012). De plus, ces professionnels pourraient aider les PEH à mieux comprendre le verdict à la lumière des contingences juridiques et sociales, à réduire les croyances dysfonctionnelles sous-jacentes à l'insatisfaction et les ruminations et à donner un sens au verdict (van Denderen *et al.*, 2018). Sur le plan comportemental, ces professionnels pourraient aider les PEH à mieux gérer les stressseurs dans leur vie quotidienne afin

d'améliorer leur satisfaction envers la vie. Ces stratégies permettraient de réduire les pensées et comportements qui nourrissent cette insatisfaction (Asukai *et al.*, 2001).

Les professionnels en santé mentale pourraient aussi évaluer la perception des différences sources de soutien social des PEH. Nos résultats ont montré qu'une perception positive du soutien social était liée à moins de symptômes de TSPT et plus de satisfaction envers la vie, et ce, plus particulièrement, des amis ainsi que de la famille. Ces données sont précieuses, car elles mettent de l'avant la fonction protectrice de la perception du soutien social chez les PEH. Compte tenu de ce qui précède, renforcer et maximiser le soutien social que les PEH perçoivent comme étant positif semble important, surtout celui reçu par les amis et la famille. Les professionnels en santé mentale pourraient accorder une attention particulière aux PEH qui ne sont pas présents au procès, car ils pourraient manquer alors d'occasions positives de soutien social. Ces professionnels pourraient, par exemple, encourager le partage et le traitement des souvenirs traumatiques au sein de leur communauté, même en dehors du procès, afin de favoriser le rétablissement post-homicide. Le soutien social pourrait notamment être maximisé dans le contexte d'un groupe d'intervention, ce qui concorde avec les recommandations de Rheingold *et al.* (2015).

4.3.3 Implications sociales

De nos résultats de recherche découlent plusieurs recommandations pour les travailleurs du SJC. Considérant que la perte d'un proche par homicide peut entraîner le développement de symptômes de TSPT ainsi qu'une diminution de la satisfaction envers la vie, il semble crucial que les travailleurs du SJC puissent recevoir des informations à propos des réactions émotionnelles fréquemment vécues par les PEH. Une meilleure connaissance des réactions post-homicides pourrait sensibiliser ces travailleurs à la réalité des PEH. Ceci semble particulièrement important considérant que les PEH rapportent un manque de reconnaissance de la part des travailleurs du SJC de l'impact de leur perte sur leur capacité à comprendre et assimiler les informations lors du procès (Reed et Caraballo, 2022).

La présente thèse a montré que les *perceptions de justice*, surtout distributive et informationnelle, étaient associées à la santé mentale post-homicide. L'étude qualitative de Reed et Caraballo (2022) a montré que la perception du manque d'information reçue par les PEH provenait surtout du bureau du procureur. Par conséquent, les travailleurs du SJC, surtout les procureurs, pourraient recevoir une formation leur permettant de mieux comprendre ce qui définit les perceptions de justice et surtout celles qui exercent une plus grande influence dans l'adaptation post-homicide. Ces travailleurs pourraient ensuite être

accompagnés à fournir davantage d'informations, de détails et d'explications sur le développement du dossier et sur les procédures du procès aux PEH, et ce, en temps opportun et de façon sensible. Ils pourraient aussi recevoir l'aide nécessaire pour mieux accompagner les PEH lorsque le verdict du procès est révélé. Apprendre à offrir un espace dans lequel les réactions découlant du dévoilement du verdict pourraient être reçues et reflétées semble bénéfique. Dans le cas où le procureur n'est pas disponible pour accompagner les PEH, fournir un représentant des victimes d'actes criminels aux PEH pourrait être satisfaisant pour ces derniers (Reed et Caraballo, 2022). Toutes ces adaptations dans l'accompagnement des PEH lors du procès pourraient mieux répondre aux besoins de cette population, et par conséquent, améliorer leur santé mentale pendant et après le procès. De manière intéressante, dans l'étude de Reed et Caraballo (2022), plusieurs PEH ont mentionné que le procureur et leurs assistants ont été en mesure de prendre le temps de répondre à leurs questions et de leur expliquer les détails des procédures. Nous observons alors que l'expérience des PEH n'est pas toujours négative, et que les travailleurs du SJC sont en mesure d'écouter et répondre aux besoins des proches endeuillés.

La *détresse lors du procès* était associée aux problèmes de santé mentale des PEH, et ce, des années après le procès. Dans le but de favoriser la santé mentale de cette population, les travailleurs du SJC pourraient mieux soutenir ces proches endeuillés au cours de ce processus souvent vécu comme douloureux. Par exemple, ils pourraient informer les PEH à l'avance des preuves qui seront utilisées, de leurs buts et du moment où elles seront présentées. De cette façon, les PEH pourraient s'exposer graduellement aux détails de l'homicide. Ces travailleurs pourraient aussi inviter les proches endeuillés à prendre une pause pendant les témoignages, comptes-rendus des experts, démonstrations de la preuve, interrogations du présumé coupable et plaidoiries. Toutes ces stratégies pourraient être très appréciées par les PEH et utiles dans la réduction de la détresse lors du procès (Gekoski *et al.*, 2013). En effet, cela pourrait aider les PEH à mieux réduire leur détresse lors du procès, et donc prévenir leur détresse par la suite.

L'*insatisfaction envers le verdict* est répandue parmi les PEH et est fortement associée à des symptômes de stress post-traumatiques plus importants et à une satisfaction de vie réduite. Des mesures sociales pourraient diminuer cette insatisfaction chez cette population. Les résultats de l'étude de Regehr *et al.* (2008), menée auprès de personnes victimes d'agression sexuelle, suggèrent qu'une augmentation de l'empathie des travailleurs du SJC pourrait accroître la satisfaction de ces personnes victimes à l'égard de ce système et leur capacité à accepter le verdict du procès. Ainsi, il pourrait être utile d'offrir davantage de ressources adaptées (p. ex., psychopédagogie, soutien, temps) à ces travailleurs afin qu'ils puissent

mieux reconnaître, entendre et prendre en compte la souffrance des PEH dans leurs interactions. Par exemple, plusieurs PEH ont exprimé leur besoin que le nom de leur proche assassiné soit explicitement mentionné lors du procès (Reed et Caraballo, 2022). Enfin, l'implication de professionnels en santé mentale pourraient contribuer à soutenir les travailleurs du SJC dans l'adaptation de leurs pratiques auprès PEH.

Considérant l'effet protecteur du soutien social pour les PEH qui sont présents au procès, les travailleurs du SJC pourraient suggérer aux PEH d'être accompagnés par des personnes qui leur fournissent du soutien social positif ainsi que de la validation. Ainsi, ces travailleurs pourraient collaborer avec des professionnels en santé mentale afin d'évaluer la disponibilité et la qualité du soutien social reçu par les PEH, et ce, à l'aide de questionnaires validés et traduits rigoureusement (p. ex., MSPSS).

4.4 Forces et limites de la thèse et pistes de recherches futures

4.4.1 Forces de la thèse

Une des forces de cette thèse est l'aspect novateur de la recension qui constitue le premier article. Effectivement, notre recension publiée en avril 2024 est, à notre connaissance, la première étude à identifier les facteurs post-homicides de la santé mentale des proches endeuillés. Non seulement elle a couvert un nombre important de facteurs post-homicides, mais elle s'est intéressée autant à la détresse qu'au bien-être, ce qui la distingue des autres recensions menées auprès des PEH (p. ex., van Denderen *et al.*, 2015). À ce sujet, elle a permis de constater que davantage d'études ont porté sur la détresse que le bien-être. Par conséquent, en concordance avec plusieurs modèles qui proposent que la santé mentale ne soit pas uniquement l'absence de symptômes psychologiques, mais également la présence d'états psychologiques positifs (p. ex., Massé *et al.*, 1998), nous avons intégré la satisfaction envers la vie comme indicateur de santé mentale dans notre deuxième article de thèse.

En plus de s'intéresser aux dimensions positives et négatives de la santé mentale, notre premier article a mis en lumière un facteur unique aux PEH qui a souvent fait l'objet d'études qualitatives au sein de la littérature, soit le procès de la personne accusée de l'homicide. En plus de s'intéresser à la présence au procès, cet article a étudié des aspects plus spécifiques de ce dernier qui pourrait influencer la santé mentale post-homicide, comme les perceptions de justice, la détresse lors du procès et l'insatisfaction envers le verdict. Surtout, cette recension a permis d'identifier les limites des études ayant examiné ce

stresseur. Le deuxième article permet de pallier ces limites et d'approfondir nos connaissances quant aux liens entre la présence au procès, les facteurs liés à ce dernier et la santé mentale post-homicide.

Cette recension a mis en évidence des résultats incongruents concernant le soutien social perçu et les symptômes de TSPT. Par conséquent, le deuxième article a eu comme objectif de mieux comprendre la relation complexe entre le soutien social perçu et la santé mentale des PEH. Plus particulièrement, nous avons examiné si la relation entre le soutien social perçu et la santé mentale était modérée par d'autres stressors spécifiques à la réalité post-homicide, soit la présence au procès. Cette exploration a été concluante et a montré le rôle modérateur du soutien social puisqu'il était associé à moins de symptômes de TSPT pour les PEH présents au procès, contrairement à ceux absents à celui-ci. Ainsi, ces deux articles de cette thèse sont liés et ont permis de répondre à des manques et lacunes empiriques.

Une des forces de notre étude transversale est la sélection de questionnaires validés, dont les propriétés psychométriques ont été vérifiées. Lorsqu'ils n'étaient pas disponibles en anglais, nous les avons traduits avec la méthode rigoureuse de Vallerand (1989). En plus de la validation et de la traduction de questionnaires, un questionnaire maison a été développé afin d'évaluer la détresse lors du procès et l'insatisfaction envers le verdict. Les énoncés de ce questionnaire ont été revus et corrigés par une équipe de dix psychologues spécialisés en intervention post-traumatique.

De plus, un recrutement pancanadien en français et en anglais auprès d'un nombre important d'organismes ($N = 187$) a été mis en place. Nous avons opté pour une méthode de recrutement diversifiée (c.-à-d., organismes, journaux, médias sociaux, affiches au sein de milieux cliniques et universitaires). La diversification des modes de recrutement a permis de recruter un grand nombre de participants ($N = 149$), ce qui pallie les faibles tailles d'échantillons observées dans les études antérieures et augmente la généralisation potentielle des résultats.

Finalement, deux modèles théoriques distincts (Colquitt, 2001; Lepore, 2001) ont permis de mieux comprendre le développement de la réalité psychologique d'une expérience unique, soit la perte d'un proche à la suite d'un homicide. Or, seulement deux études qualitatives à notre connaissance ont considéré ces deux modèles afin de mieux comprendre la santé mentale des PEH (Alves-Costa *et al.*, 2018) et des survivants d'agressions sexuelles (Feldthusen *et al.*, 2000). L'union de ces deux domaines d'études au sein de la présente thèse démontre la pertinence de les conjuguer afin d'améliorer notre compréhension du vécu des PEH. La combinaison de ces deux modèles a aussi permis de mieux

comprendre certains résultats contradictoires, comme ceux que nous observons entre le soutien social perçu et les symptômes de TSPT.

4.4.2 Limites de la thèse et pistes de recherche futures

L'utilisation d'un devis transversal a limité la généralisation de nos résultats et n'a pas permis de clarifier la directionnalité et le lien de causalité entre les facteurs étudiés et la santé mentale (Wang et Cheng, 2020). À titre d'exemple, la détresse lors du procès a été mesurée en même temps que la santé mentale actuelle des participants. Ainsi, leur évaluation rétrospective de la détresse vécue lors du procès pourrait avoir été influencée par leur état psychologique actuel. Pour remédier à cette limite, les recherches futures gagneraient à inclure plusieurs temps de mesure après l'homicide afin de mieux saisir l'évolution des symptômes, en particulier lors d'événements marquants ou stressants, comme le procès. Évaluer la santé mentale à différents moments au cours du procès permettrait de distinguer plus clairement la détresse ressentie pendant le procès de celle rapportée après coup. De plus, un devis longitudinal faciliterait l'identification des procédures judiciaires les plus associées à la détresse (p. ex., exposition à des détails perturbants liés à l'homicide). Les travaux longitudinaux de Burke *et al.* (2011) illustrent bien l'intérêt de cette approche, montrant que les symptômes de deuil complexe au temps 1 prédisaient une utilisation accrue de stratégies d'adaptation religieuses négatives (p. ex., « *Wondered whether God had abandoned me* ») au temps 2. Ces résultats suggèrent que l'état psychologique initial peut nuire à certains aspects de la spiritualité des proches endeuillés par la suite. Cette étude appuie ainsi l'importance de recourir à des devis longitudinaux afin d'examiner les relations réciproques ou bidirectionnelles entre les facteurs post-homicides, comme la perception du soutien social, et la santé mentale à plusieurs moments avant, pendant et après le procès.

Bien que notre méthode de recrutement comporte plusieurs forces, la majorité des participants de notre échantillon s'identifiait comme des femmes et a été recrutée via des organismes d'aide. Ces stratégies pourraient avoir conduit à un échantillon de PEH présentant un niveau de détresse plus élevé et donc, moins représentatif des PEH qui ne font pas partie d'un organisme rassembleur. De façon similaire, dans les études incluses dans notre recension, la majorité des participants avaient également été recrutés via de tels organismes. Le vécu et la réalité des PEH qui ne sont pas membres ou ne participent pas à des organismes de revendication ou des associations d'échanges ou de protection de leurs droits demeurent ainsi peu documentés. Pour pallier cette limite, les études futures pourraient collaborer avec certains

départements gouvernementaux afin de contacter directement les participants potentiels. Par exemple, Wemmers (2013) a bénéficié du soutien du ministère de la Justice du Québec qui a invité toutes les personnes dont le dossier figurait au SJC, qu'elles aient ou non cherché à obtenir des services. Dans le cadre de cette thèse, nous avons approché le système de justice du Québec pour solliciter un appui similaire dans le recrutement de nos participants. Malheureusement, cette collaboration n'a pu être mise en place.

Dans le deuxième article de cette thèse (chapitre 3), des questionnaires autorapportés ont été utilisés. Bien que ceux-ci étaient validés et présentaient de bonnes propriétés psychométriques, l'absence d'entrevues ou d'entretiens cliniques structurés a limité la précision de la mesure des indicateurs de santé mentale. En effet, les mesures autorapportées des symptômes de TSPT peuvent surestimer la prévalence des symptômes (Engelhard *et al.*, 2007). Deux études menées auprès de PEH ont utilisé une entrevue clinique structurée, soit le *PTSD module of the National Woman's Survey* (Kilpatrick *et al.*, 1989) évaluant les symptômes de TSPT au cours des six derniers mois (Zinzow *et al.*, 2011; Rheingold *et al.*, 2012). Ces travaux ont montré qu'entre 6 % et 15 % des PEH souffraient de TSPT. Or, dans le deuxième article de cette thèse, 47 % des PEH ont rapporté un score clinique de TSPT (score de plus de 33 au PCL-5; Blevins *et al.*, 2015) indiquant un TSPT probable au cours du dernier mois. Ces données mettent en évidence une différence notable entre la prévalence estimée par questionnaire autorapporté et celle issue d'entrevues cliniques structurées. Il apparaît donc essentiel que les études futures examinent les associations entre la présence au procès, les facteurs liés à ce dernier, et la santé mentale des PEH à l'aide d'entrevues cliniques.

4.5 Transfert des connaissances

Plusieurs activités de transfert des connaissances ont été réalisées afin de maximiser les retombées de cette thèse doctorale. Ces activités s'adressaient aux PEH, aux professionnels en santé mentale ainsi qu'aux intervenants du SJC œuvrant auprès de cette population.

Sur le plan scientifique, les deux articles scientifiques de la présente thèse ont été publiés dans des revues avec comité de lecture : 1) *Mental Health of Homicidally Bereaved Individuals: A Systematic Review of Post-Homicide Factors* (Lebel *et al.*, 2024) et 2) *PTSD Symptoms and Life Satisfaction of Homicidally Bereaved Individuals: Trial Attendance, Trial-Related Factors and Perceived Social Support* (Lebel et Brillon, 2025). En complément à ces publications, plusieurs présentations orales et par affiche ont été réalisées dans le cadre de rencontres scientifiques, dont trois lors de congrès d'envergure nationale et

internationale (p. ex., 46^e Congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, *17th Biennial Conference of the European Society for Traumatic Stress Studies*).

En plus des articles et affiches associées à la présente thèse, deux autres articles qui ne sont pas directement liés à celle-ci ont été publiés dans des revues avec comité de lecture : *Interpersonal trauma in gay men: A systematic review of post-aggression risk and protective factors for PTSD* (Lépine, Brillon et Lebel, 2023) et *Translation, validation and exploration of the factor structure in the French version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)* (Lebel et al., 2022). Ces deux articles supplémentaires font déjà l'objet de plusieurs citations, et par conséquent, ils participent à la transmission des connaissances liées au stress post-traumatique dans le cadre de ce doctorat.

Sur le plan clinique, deux conférences ont été offertes dans des milieux cliniques (Institut Alpha et CLSC Saint-Henri) afin de sensibiliser les professionnels de santé mentale à la réalité et aux besoins des PEH. Ces rencontres ont également permis de recueillir les idées novatrices des intervenants, lesquelles ont contribué à l'ajustement de certaines dimensions de notre projet. Dans le cadre de ces activités, nous avons distribué aux intervenants l'adaptation au SJC de l'OJS (Colquitt, 2001) afin qu'ils puissent l'utiliser auprès de leurs patients PEH. À la fin du projet, deux visioconférences ont été organisées: l'une à l'intention des PEH et une deuxième destinée aux intervenants qui les accompagnent. Plusieurs organismes présents à ces conférences avaient d'ailleurs accepté, lors de la phase de recrutement, de diffuser notre étude auprès de leurs membres PEH.

CONCLUSION

La présente thèse a permis d'approfondir les connaissances actuelles de la santé mentale post-homicide des proches endeuillés, et ce, via une recension systématique et une étude transversale. Plus concrètement, le premier article de cette thèse a identifié systématiquement les facteurs post-homicides exerçant une influence sur la santé mentale des proches endeuillés. Le deuxième article a ensuite testé l'influence d'un stressor unique aux proches endeuillés par homicide (PEH), soit le procès de la personne accusée de l'homicide, sur les symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et la satisfaction envers la vie. Elle a aussi testé l'influence d'un facteur bien connu dans la santé mentale, soit le soutien social perçu. En plus de l'apport scientifique et théorique de la thèse, les résultats de celle-ci permettent de proposer des recommandations cliniques et sociales aux professionnels en santé mentale et aux travailleurs du système de justice criminelle (SJC) qui accompagnent cette clientèle.

Les résultats de la thèse ont confirmé la présence d'un large spectre de facteurs post-homicides examiné dans la littérature, et surtout la prédominance des facteurs liés au SJC et sociaux. De futurs chercheurs pourront consulter cette recension afin de pallier les limites des études antérieures et de mieux comprendre certains résultats mitigés dans la littérature. Ils pourront ainsi continuer d'approfondir les connaissances scientifiques actuelles de la santé mentale post-homicide. Les résultats de cette recension auront permis de découvrir le peu d'études quantitatives qui concerne la présence des PEH au procès et des facteurs associés, malgré les nombreuses études qualitatives qui mettent en évidence le caractère souvent aggravant de cet événement sur la santé mentale des proches endeuillés. Les résultats de cette recension ont aussi mis en évidence les résultats contradictoires du rôle du soutien social perçu dans la santé mentale post-homicide. Les résultats du deuxième article de thèse proposent une explication à ces résultats mitigés en mettant en évidence l'interaction entre la présence au procès et le soutien social perçu dans les symptômes de TSPT des PEH. Surtout, ils ont montré l'apport important des facteurs liés au procès dans la santé mentale post-homicide, soit les perceptions de justice, la détresse lors du procès et l'insatisfaction envers le verdict, et ce, au-delà du soutien social perçu et du temps écoulé depuis l'homicide. Ces résultats ont confirmé les modèles de Colquitt (2001) et Lepore (2001) et ont mis en lumière l'importance de les considérer simultanément afin de comprendre avec précision la réalité des PEH. Ces deux articles ont aussi apporté des pistes de recherche futures, par exemple concernant le recrutement des PEH en proposant des avenues complémentaires dans le but d'avoir un échantillon plus représentatif.

Parmi les prochaines étapes essentielles, les futures recherches dans le domaine pourraient évaluer la santé mentale et les facteurs associés à celle-ci à de nombreuses reprises avant, pendant et après le procès. Ceci permettrait de mieux comprendre les conséquences psychologiques de la présence au procès et des procédures menant à davantage de détresse. De plus, il pourrait être pertinent de continuer à examiner les facteurs liés au procès dans des échantillons plus représentatifs. Finalement, valider la version traduite et adaptée au SJC du questionnaire sur les perceptions de justice pourrait être utile pour les chercheurs qui auront comme mission de mieux comprendre l'influence complexe des facteurs uniques aux PEH sur leur santé mentale.

ANNEXE A
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Titre du projet de recherche: Bien-être psychologique des membres adultes de familles endeuillées par maladie ou homicide

Chercheuse responsable: Pascale Brillon, Ph.D., Université du Québec à Montréal
<https://labopascalebrillon.uqam.ca>

Personne à contacter: Sarah lebel, Ph.D./D.Psy. (c), Université du Québec à Montréal;
lebel.sarah.2@courrier.uqam.ca, +1 514 987-3000 #2130

Veuillez prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. Si vous désirez avoir plus de détails concernant ce qui suit, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe de recherche.

Objectifs du projet: Le projet de recherche a pour objectif d'identifier les facteurs associés au bien-être psychologique des membres adultes de familles endeuillées par maladie ou homicide.

Nature de la participation: Votre participation consiste à répondre à un questionnaire en ligne qui demandera environ 30 à 40 minutes. Le questionnaire porte sur votre bien-être psychologique, vos stratégies d'adaptation, vos relations sociales et votre expérience depuis le décès de votre être cher.

Compensation: Si vous choisissez de donner votre adresse électronique en toute fin du questionnaire, vous serez inscrit à un tirage au sort permettant de gagner l'une des cinq cartes-cadeaux Visa ou Amazon (à votre choix) de 70\$. Un générateur de tirage au sort sera utilisé pour sélectionner les gagnants.

Avantages: En participant à cette étude, vous aurez la possibilité de réfléchir à votre développement personnel et de faire le point sur vos expériences de vie. Les informations

recueillies dans cette étude permettront de mieux comprendre les besoins des personnes endeuillées et éventuellement d'élaborer des programmes de soutien psychologique adaptés à leurs réalités respectives.

Risques et inconvénients: Aucun risque particulier n'est associé à la présente étude. Toutefois, il est possible que certaines questions ravivent des émotions désagréables liées à votre expérience de vie. Vous n'êtes pas obligé de répondre aux questions qui vous rendent mal à l'aise. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation en tout temps sans devoir fournir d'explication. Si vous ressentez le besoin de discuter de votre situation ou d'obtenir du soutien, vous pouvez contacter le Coordonnateur de recherche qui vous référera à des ressources appropriées. Une liste de ressources d'aide sera aussi disponible à la fin du questionnaire et en tout temps sur notre site web: <https://labopascalebrillon.uqam.ca>

Participation volontaire et droit de retrait: Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ni pression extérieure, et que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps, sans préjudice d'aucune sorte. Si vous interrompez votre participation, vos réponses au questionnaire seront conservées à moins que vous demandiez au Coordonnateur de recherche de les détruire.

Anonymat et confidentialité: Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeureront anonymes et confidentielles. Vos informations personnelles n'apparaîtront sur aucun document. Vos réponses seront uniquement associées à un code alphanumérique. Les données seront stockées sur un serveur sécurisé et ne seront accessibles qu'aux chercheurs responsables du projet, et ce, jusqu'à cinq ans après la dernière publication des résultats. Puis, elles seront détruites de façon définitive. Enfin, aucune publication ou communication de recherche ne contiendra d'informations permettant de vous identifier. À la toute fin du questionnaire, vous aurez l'occasion de fournir votre courriel si vous désirez : obtenir un résumé des résultats de l'étude, vous inscrire au tirage au sort ou participer à des projets de recherche futurs. Soyez assuré que cette adresse ne servira qu'à ces fins, restera confidentielle et ne sera pas liée aux réponses de votre questionnaire. Conséquemment, vos réponses au questionnaire restent en tout temps anonymes et confidentielles.

Responsabilité: En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations civiles et professionnelles.

Personnes-ressources: Pour toutes questions sur le projet, vous pouvez contacter:

- Pascale Brillon, Ph.D., chercheuse responsable du projet: +1 (514) 987-3000 poste 2313 ou pascale.brillon@uqam.ca;
- Sarah Lebel, Psy.D./Ph.D. (candidate): lebel.sarah.2@courrier.uqam.ca ou +1 (514) 987-3000 poste #2130.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information d'ordre éthique, vous pouvez communiquer avec le coordonnateur du CIEREH au numéro (514) 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse : ciereh@uqam.ca. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM, Courriel: ombudsman@uqam.ca; Téléphone: (514) 987-3151.

Consentement: Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter le Coordonnateur de recherche (ou la chercheuse responsable) afin de poser toutes les questions concernant ma participation. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

- Yes
- No

CONSENT FORM

Title of the research project: Psychological well-being of adult family members bereaved by illness or homicide

Principal Investigator: Pascale Brillon, Ph.D., Université du Québec à Montréal
<https://labopascalebrillon.uqam.ca>

Contact: Sarah Lebel, Ph.D./Psy.D. (c), lebel.sarah.2@courrier.uqam.ca, +1 514 987-3000 #2130

Please take the time to carefully read and understand the information below. If you would like additional details, please do not hesitate to contact the research team.

Objectives: This project aims to identify factors associated with the psychological well-being of adult family members bereaved by illness or homicide.

Nature of your participation: Your participation consists of answering an online questionnaire which will require approximately 30 to 40 minutes of your time. The questionnaire relates to your psychological well-being, your coping strategies, your social relationships, and your experience since the loss of your loved one.

Compensation: If you choose to provide your email address at the very end of the survey, you will be entered into a draw to win one of five \$70 Visa or Amazon gift cards (your choice). A random draw generator will be used to select the winners.

Advantages: By participating in this study, you will have the opportunity to reflect on your personal development and your life experiences. The information gathered in this study will help to better understand the needs of bereaved family members in order to develop psychological support programs adapted to their respective realities.

Risks and disadvantages: No particular risks are associated to participating in this study. However, some questions may bring up unpleasant emotions related to your life experience. You are not obliged to answer questions that make you uncomfortable. You can also suspend your

participation at any time without having to provide an explanation. If you feel the need to discuss your situation or obtain support, you can contact the Research Coordinator who will refer you to appropriate resources according to your situation. A list of help resources will also be available at the end of the questionnaire, and at all times on our website: <https://labopascalebrillon.uqam.ca>

Voluntary participation and right to withdraw: Your participation in this project is voluntary. This means that you agree to participate in the project without any external constraints or pressure. It also means that you are free to withdraw your participation at any time during this research, without prejudice of any kind. If you discontinue your participation, your responses will be retained unless you ask the Research Coordinator to destroy them.

Anonymity and confidentiality: All information collected as part of this research will remain anonymous and confidential. To protect your identity and the anonymity of your data, your personal information will not appear on any documents. Your responses will only be associated with an alphanumeric code. The data will be stored on a secure server and will only be accessible to the researchers in charge of the project. Your responses to the questionnaire will be kept for up to five years after the final publication of the results, after which they will be permanently destroyed. Finally, no publication or research communication will contain any information that could identify you. At the very end of the questionnaire, you will be given the opportunity to provide your email address if you wish to: receive a summary of the study results, enter the prize draw, or be contacted for future research projects. Please be assured that this email address will only be used for these purposes. It will remain confidential and will not be linked to your questionnaire responses. Consequently, your responses to the questionnaire remain anonymous and confidential.

Responsibility: By agreeing to participate in this project, you do not waive any of your rights or release the researchers from their civil and professional obligations.

Contacts: For any questions regarding the project, you can contact:

- Pascale Brillon, Ph.D., Principal Investigator at +1 (514) 987-3000 extension 2313 or pascale.brillon@uqam.ca
- Sarah Lebel, Ph.D./Psy.D. (candidate), at +1 (514) 987-3000 extension 2130 or

lebel.sarah.2@courrier.uqam.ca

The Institutional Ethics Committee for Research with Human Beings (CIEREH) has approved and is monitoring this project. For any ethical information, you can contact the coordinator of the CIEREH at (514) 987-3000 ext. 7753, or by email at ciereh@uqam.ca. If you have any questions about your rights as a participant in this research project or if you have any complaints, you can contact the UQÀM Ombudsman's Office, Email: ombudsman@uqam.ca; Telephone: (514) 987-3151. Consent: I hereby acknowledge that I have read and understood the information provided in this consent form. I understand the objectives of the project and what my participation implies. I confirm that I have had the necessary time to reflect on my decision to participate. I acknowledge having had the opportunity to contact the Research Coordinator (or the Principal Investigator) in order to ask all questions concerning my participation. I understand that I can withdraw from the project at any time, without penalty of any form or justification.

Consent: I hereby acknowledge that I have read and understood the information provided in this consent form. I understand the objectives of the project and what my participation implies. I confirm that I have had the necessary time to reflect on my decision to participate. I acknowledge having had the opportunity to contact the Research Coordinator in order to ask all questions concerning my participation. I understand that I can withdraw from the project at any time, without penalty of any form or justification.

I voluntarily consent to participate in this research project.

- Yes
- No

ANNEXE B
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

sdage Quel est votre âge?

▼ Moins que 18 ans (4) ... 100 ou plus (97)

Skip To: End of Block If What is your age? = Under 18

sdlive Dans quelle province ou quel territoire vivez-vous?

▼ Alberta (1) ... Aucune province ni territoire parce que je n'habite pas au Canada. (14)

Skip To: End of Block If In which province or territory do you live? = No province or territory because I do not live in Canada

sdgender Comment vous identifiez-vous?

(Cisgenre = personne dont le sexe assigné à la naissance correspond à son identité de genre; Transgenre = personne dont le sexe assigné à la naissance ne correspond pas à son identité de genre)

- Femme cisgenre (1)
- Homme cisgenre (7)
- Femme transgenre (8)
- Homme transgenre (9)
- Autre (précisez, p. ex., non-binaire, genre fluide): (10)

Je ne souhaite pas répondre. (11)

sdm marital Quel est votre statut marital?

- Célibataire (1)
- Marié-e (2)
- Union de fait ou cohabitation avec le ou la partenaire (3)
- Divorcé-e ou séparé-e (4)
- Veuf-ve (5)
- Autre (préciser) : (10) _____
- Je ne souhaite pas répondre. (11)

sdedu Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez complété?
(Si vous êtes actuellement aux études, veuillez indiquer le plus haut diplôme que vous avez obtenu.)

- Moins qu'un diplôme d'études secondaires (1)
- Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent (4)
- Diplôme collégial ou professionnel (5)
- Diplôme de premier cycle universitaire (6)
- Diplôme de 2e ou 3e cycle universitaire (p. ex., maîtrise ou doctorat) (7)
- Autre (préciser) : (9) _____

sdethnic À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) vous identifiez-vous? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Québécois, Canadien ou Américain (1)
- Autochtones, Premières Nations, Inuit ou Métis (13)
- Latino-Américain (14)
- Caribéen/Antillais (18)
- Asiatique de l'Est (15)
- Asiatique du Sud-Est (26)
- Asiatique du Sud/Indien sous-continentale (27)
- Européen de l'Ouest, du Sud ou du Nord (16)
- Européen de l'Est ou Asiatique central (17)
- Nord-Africain/Moyen-Oriental (19)
- Africain subsaharien (20)
- Océanien (21)
- Autre (préciser) : (11) _____

sdminority Vous identifiez-vous comme une minorité visible?

- Oui (1)
- Non (2)

sdbelief Dans quelle mesure avez-vous des croyances spirituelles ou religieuses?

Pas du tout

Beaucoup

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

()



sdhom Avez-vous déjà perdu un proche par homicide?

- Oui (10)
- Non (11)

Display this question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = No

sdill Avez-vous déjà perdu un proche par maladie (**autre que** la Covid-19)?

- Oui (1)
- Non (2)

Skip To: End of Block If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = No

Display this question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

inshom Les questions suivantes réfèrent au proche que vous avez perdu par homicide.
Si vous avez perdu plusieurs proches par homicide, pensez à la perte la **plus significative** pour vous.

Display this question:

If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = Yes

insill Les questions suivantes réfèrent au proche que vous avez perdu par maladie.
Si vous avez perdu plusieurs proches par maladie, pensez à la perte la **plus significative** pour vous.

sdrel Pour moi, la personne défunte était un:

- Partenaire amoureux (1)
- Parent (mère, père) (2)
- Enfant (fille, fils) (3)
- Membre de ma fratrie (frère, sœur) (4)
- Grand-parent (grand-père, grand-mère) (5)
- Petit-enfant (petit-fils, petite-fille) (6)
- Aucune de ces réponses (7)

Skip To: End of Block If To me, the deceased person was a: = None of the above

sdgenloss Quel était le genre de la personne que vous avez perdue?

(Cisgenre = personne dont le sexe assigné à la naissance correspond à son identité de genre; Transgenre = personne dont le sexe assigné à la naissance ne correspond pas à son identité de genre)

- Femme cisgenre (1)
 - Homme cisgenre (7)
 - Femme transgenre (8)
 - Homme transgenre (9)
 - Autre (précisez, p. ex., non-binaire, genre fluide) : (10)
-
- Je ne suis pas certain-e. (11)
 - Je ne souhaite pas répondre. (12)

sdmonths Depuis combien de temps avez-vous perdu votre proche?

- Moins de six mois (1)
- Six mois ou plus (8)

Skip To: End of Block If When did you lose your loved one? = Less than six months ago

sdyear Quelle est l'**année** du décès de votre proche?

▼ 1900 (144) ... 2022 (143)

sdmonth Quel est le **mois** du décès de votre proche?

▼ Janvier (17) ... Décembre (28)

sdfirstname Veuillez indiquer le **prénom** de la personne que vous avez perdue.

sdlastname Veuillez indiquer la **première lettre** du nom de famille de la personne que vous avez perdue (p. ex., Claude Laflamme = L, Erica St-Germain = S).

▼ A (8) ... Z (35)

sdageloss Quel était l'âge de votre proche au moment de sa mort?

▼ Moins d'un an (4) ... 100 ou plus (135)

sdpresent Étiez-vous présent lors du décès de votre proche?

- Oui (1)
- Non (2)

sdrites À quel point les rites funéraires (p. ex., enterrement) entourant la mort de votre proche ont-ils été satisfaisants pour vous?

Pas du tout

Beaucoup

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Réponse ()



Display this question:

If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = Yes

sdcause Quelle était la cause du décès de votre proche?

- Cancer (1)
- Diabète (4)
- Démence ou maladie d'Alzheimer (5)
- Maladie du coeur (6)
- Maladie cérébrovasculaire ou AVC (7)
- Grippe ou pneumonie (8)
- Maladie des voies respiratoires (9)
- Maladie du foie (10)
- Maladie du rein (11)
- Aide médicale à mourir (14)
- Cause non identifiée (15)
- Autre (précisez) : (13) _____

Display this question:

If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = Yes

sdsudden Dans quelle mesure le décès de votre proche vous a-t-il paru soudain?

Pas du tout soudain

Très soudain

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

() 

Display this question:

If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = Yes

sdadvance Environ combien de temps avant le décès de votre proche avez-vous su qu'il ou elle allait mourir?

▼ Je n'ai pas su d'avance que mon proche allait mourir (1) ... 24 mois ou plus (28)

Display this question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

sdgenderhom Quel est le genre de la personne qui a commis l'homicide de votre proche? (Cisgenre = personne dont le sexe assigné à la naissance correspond à son identité de genre; Transgenre = personne dont le sexe assigné à la naissance ne correspond pas à son identité de genre)

- Femme cisgenre (1)
 - Homme cisgenre (7)
 - Femme transgenre (8)
 - Homme transgenre (9)
 - Autre (précisez, p. ex., non-binaire, genre fluide) : (10)
-
- Je ne suis pas certain-e. (11)
 - Je ne souhaite pas répondre. (12)

Display this question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

sdpeople Lors de l'homicide de votre proche, combien de personnes ont aussi perdu la vie?

- Aucune autre personne (c.-à-d., votre proche uniquement) (11)
- Une autre personne (1)
- Deux autres personnes (6)
- Trois autres personnes (7)
- Quatre autres personnes (8)
- Plus de quatre autres personnes (9)

Display this question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

sdrelhom Relativement à votre proche, la personne qui a commis l'homicide était un ou une:

- Partenaire amoureux (1)
- Ancien partenaire amoureux (2)
- Membre de sa famille (3)
- Personne en position d'autorité (p. ex., patron ou patronne, policier ou policière) (4)
- Ami, connaissance, collègue de travail (5)
- Personne inconnue (6)
- Autre (précisez) : (10) _____
- Je ne sais pas. (15)

Display this question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

sdtrial À la suite de l'homicide de votre proche :

- Un procès a eu lieu et s'est terminé (c.-à-d., un verdict a été rendu). (1)
- Le procès a lieu actuellement. (2)
- Le procès est prévu, mais il n'a pas encore eu lieu. (3)
- Il n'y aura pas de procès dans le futur. (4)
- Je ne sais pas s'il y a déjà eu un procès ou s'il y en aura un dans le futur. (5)

Skip To: End of Block If Following the homicide of your loved one: = The trial is currently taking place.

Display this question:

If Following the homicide of your loved one: = A trial took place and ended (i.e., a verdict was reached).

sdparti Concernant le procès :

- J'ai assisté à au moins une audience du procès. (1)
- Je n'ai assisté à **aucune** audience du procès. (2)

Display this question:

If Following the homicide of your loved one: = There will be no trial in the future.

Or Following the homicide of your loved one: = I don't know if there has been a trial yet or if there will be one in the future.

sdnotrial Veuillez indiquer la ou les raisons pour lesquelles il n'y a pas eu ou il n'y aura pas de procès à la suite de l'homicide de votre proche.

- L'assassin est décédé. (1)
- L'assassin n'a jamais été identifié ou appréhendé. (2)
- Une ou plusieurs personnes ont été suspectées, mais elles n'ont pas été accusées ou poursuivies. (3)
- Lors de la première comparution (c.-à-d., premier rendez-vous avec le tribunal), l'accusé a plaidé coupable. (4)
- La ou les preuves présentées lors de l'enquête préliminaire étaient insuffisantes. (5)
- Autre raison (précisez) : (6) _____
- Je ne sais pas. (7)

Display this question:

If Regarding the trial: = I attended at least one audience of the trial.

sdaccused La personne accusée de l'homicide a été déclarée :

- Coupable (1)
- Non coupable (2)
- Je ne suis pas certain-e. (3)

Display this question:

If The person accused of the homicide was found: = Guilty

sdverdict Le **verdict de condamnation** de la personne déclarée coupable de l'homicide était :

- Meurtre au premier degré (c.-à-d., meurtre commis avec préméditation et propos délibéré) (1)
 - Meurtre au deuxième degré (c.-à-d., pas un meurtre au premier degré) (2)
 - Infanticide (c.-à-d., une personne de sexe féminin qui cause la mort de son enfant nouveau-né) (3)
 - Homicide involontaire (c.-à-d., pas un meurtre ni un infanticide) (4)
-

Display this question:

If Regarding the trial: = I attended at least one audience of the trial.

sddatetrial Quels sont le mois et l'année du dernier jour du procès?

- Mois (27) _____
 - Année (28) _____
-

sdage What is your age?

▼ Under 18 ... 100 or over

Skip To: End of Block If What is your age? = Under 18

sdlive In which province or territory do you live?

▼ Alberta ... No province or territory because I do not live in Canada

Skip To: End of Block If In which province or territory do you live? = No province or territory because I do not live in Canada

sdgender How do you identify?(Cisgender = individual whose sex assigned at birth aligns with their gender identity; Transgender = individual whose sex assigned at birth does not align with their gender identity)

- Cisgender woman
- Cisgender man
- Transgender woman
- Transgender man
- Other (specify, e.g., non-binary, gender fluid): _____
- I would rather not answer.

sdmarital What is your marital status?

- Single
 - Married
 - In a common-law relationship or living with a partner
 - Divorced or separated
 - Widowed
 - Other (specify): _____
 - I would rather not answer.
-

sdedu What is the highest level of education you have completed? (If you are currently in school, please indicate the highest degree you have completed.)

- Less than a high school diploma
- High school diploma or equivalent
- College or professional diploma
- Undergraduate/Bachelor's degree
- Graduate degree (e.g., Master's or Ph.D.)
- Other (specify): _____

sdethnic Which ethnic or cultural group(s) do you identify with? You can choose more than one answer.

- Quebecer, Canadian or American
- Indigenous, First Nations, Inuit or Métis
- Latin American
- Caribbean/West Indian
- East Asian
- South-East Asian
- South Asian/Subcontinental Indian
- Western, Southern or Northern European
- Eastern European or Central Asian
- North African/Middle Eastern
- Sub-Saharan African
- Oceanian
- Other (specify): _____

sdminority Do you identify as a visible minority?

- Yes
- No

sdbelief To what extent do you have spiritual or religious beliefs?

Not at all

Very much

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

()



sdhom Have you ever lost a loved one by homicide?

- Yes
- No

Display This Question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = No

sdill Have you ever lost a loved one to an illness (**other than** Covid-19)?

- Yes
- No

Skip To: End of Block If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = No

Display This Question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

inshom The following questions refer to the loved one you lost by homicide. If you have lost several loved ones by homicide, think about the loss that is **most significant** to you.

Display This Question:

If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = Yes

insill The following questions refer to the loved one you lost to an illness. If you have lost several loved ones to an illness, think about the loss that is **most significant** to you.

sdrel To me, the deceased person was a:

- Romantic partner
- Parent (mother, father)
- Child (daughter, son)
- Sibling (sister, brother)
- Grandparent (grandfather, grandmother)
- Grandchild (grandson, granddaughter)
- None of the above

Skip To: End of Block If To me, the deceased person was a: = None of the above

sdgenloss What was the gender of the person you lost?(Cisgender = individual whose sex assigned at birth aligns with their gender identity; Transgender = individual whose sex assigned at birth does not align with their gender identity)

- Cisgender woman
- Cisgender man
- Transgender woman
- Transgender man
- Other (specify, e.g., non-binary, gender fluid): _____
- I am not sure.
- I would rather not answer.

sdmonths When did you lose your loved one?

- Less than six months ago
- Six or more months ago

Skip To: End of Block If When did you lose your loved one? = Less than six months ago

sdyear What is the **year** of death of the loved one you lost?

▼ 1900 ... 2022

sdmonth What is the **month** of death of the loved one you lost?

▼ January ... December

sdfirstname Please indicate the deceased's **first name**. _____

sdlastname Please indicate the **first letter** of the deceased's last name (e.g., Claude Laflamme = L, Erica St-Germain = S).

▼ A ... Z

sdageless What was the age of your loved one at the time of their death?

▼ Less than one year old ... 100 or over

sdpresent Were you present at the time of your loved one's death?

Yes

No

sdrites To what extent were the funeral rites (e.g., burial) surrounding your loved one's death satisfying according to _____ you?

Not at all

Very much

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

()



Display This Question:

If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = Yes

sdcause What was the cause of your loved one's death?

- Cancer
- Diabetes
- Dementia or Alzheimer's Disease
- Heart disease
- Cerebrovascular diseases or stroke
- Flu or pneumonia
- Respiratory disease
- Liver disease
- Kidney disease
- Medical aid in dying
- Unidentified cause
- Other (specify): _____

Display This Question:

If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = Yes

sdsudden How sudden did the death of your loved one feel to you?

Not at all sudden

Very sudden

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

()



Display This Question:

If Have you ever lost a loved one to an illness (other than Covid-19)? = Yes

sdadvance Approximately how long in advance of your loved one's death did you know they were going to die?

▼ I did not know in advance that my loved one was going to die ... 24 months or more

Display This Question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

sdgenderhom What is the gender of the person who committed the homicide?(Cisgender = individual whose sex assigned at birth aligns with their gender identity; Transgender = individual whose sex assigned at birth does not align with their gender identity)

- Cisgender woman
- Cisgender man
- Transgender woman
- Transgender man
- Other (specify, e.g., non-binary, gender fluid): _____
- I am not sure.
- I would rather not answer.

Display This Question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

sdpeople During the homicide of your loved one, how many people also lost their lives?

- No other person (i.e., only your loved one)
- One other person
- Two other people
- Three other people
- Four other people
- More than four people

Display This Question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

sdrelhom In relation to your loved one, the person who committed the homicide was a:

- Romantic partner
 - Former romantic partner
 - Family member
 - Person in a position of authority (e.g., boss, police)
 - Friend, acquaintance, colleague
 - Stranger
 - Other (specify): _____
 - I don't know.
-

Display This Question:

If Have you ever lost a loved one by homicide? = Yes

sdtrial Following the homicide of your loved one:

- A trial took place and ended (i.e., a verdict was reached).
- The trial is currently taking place.
- The trial is scheduled but has not yet taken place.
- There will be no trial in the future.
- I don't know if there has been a trial yet or if there will be one in the future.

Skip To: End of Block If Following the homicide of your loved one: = The trial is currently taking place.

Display This Question:

If Following the homicide of your loved one: = A trial took place and ended (i.e., a verdict was reached).

sdparti Regarding the trial:

- I attended at least one audience of the trial.
- I did **not** attend any audience of the trial.

Display This Question:

If Following the homicide of your loved one: = There will be no trial in the future.

Or Following the homicide of your loved one: = I don't know if there has been a trial yet or if there will be one in the future.

sdnotrial Please indicate the reason(s) why there has not been or will not be a trial following the homicide of your loved one.

- The murderer died.
- The murderer was never identified.
- One or more individuals have been suspected, but they were not charged or prosecuted.
- At the first court appearance (i.e., the first court appointment), the accused pleaded guilty.
- The evidence(s) presented at the preliminary hearing was insufficient.
- Other reason (specify): _____
- I don't know.

Display This Question:

If Regarding the trial: = I attended at least one audience of the trial.

sdaccused The person accused of the homicide was found:

- Guilty
 - Not guilty
 - I am not sure.
-

Display This Question:

If The person accused of the homicide was found: = Guilty

sdverdict The **verdict of the conviction** of the person accused of homicide was:

- First-degree murder (i.e., planned and deliberate murder)
 - Second-degree murder (i.e., not a first degree murder)
 - Infanticide (i.e., a female person causes the death of her newly born child)
 - Manslaughter (i.e., not a murder or infanticide)
-

Display This Question:

If Regarding the trial: = I attended at least one audience of the trial.

sddatetrial What are the month and year of the last day of the trial?

- Month _____
- Year _____

ANNEXE C

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST FOR DSM-5

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois à la suite de la perte d'un proche par homicide. Si vous avez perdu plusieurs proches par homicide, pensez à la perte par homicide la plus significative pour vous. Veuillez s'il-vous-plait lire chaque problème soigneusement et encrer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois. Assurez-vous de baser vos réponses sur des problèmes qui sont apparus ou se sont aggravés après l'évènement.

1. Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez en train de le revivre)?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

4. Le fait d'être bouleversé lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration)?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

6. L'évitement des souvenirs, pensées ou émotions associé à l'expérience stressante?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

7. L'évitement des rappels externes de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations)?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'expérience stressante (pour quelque raison que soit à l'exception d'une blessure à la tête, ou de consommation d'alcool ou de drogue)?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

9. Le fait d'avoir de fortes croyances négatives au sujet de vous-même, d'autrui ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que « je suis mauvais, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux »)?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

10. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre (qui n'a pas directement causé l'évènement ou ne vous a pas fait de tort) pour l'expérience stressante ou pour ce qui s'est produit par la suite?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

11. La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

12. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

13. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

14. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être capable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches)?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

15. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

16. Le fait de prendre trop de risques ou de faire des choses qui pourraient vous blesser?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

17. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant ou sur vos gardes?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

18. Le fait de vous sentir agité ou de sursauter facilement?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

19. Des difficultés de concentration?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?

Pas du tout Un peu Parfois Souvent Très souvent

Traduction francophone du PCL-5 (Blevins *et al.*, 2015) à l'aide de la méthode de Vallerand (1989) réalisée par le laboratoire Trauma & Résilience de l'Université du Québec à Montréal

Below is a list of problems that people sometimes have in response to the loss of a loved one(s) by homicide. If you have lost several loved ones by homicide, think about the most significant loss. Please read each problem carefully and then indicate how much you have been bothered by that problem in the past month. Be sure to base your responses on issues that have arisen or worsened after the event.

1. Repeated, disturbing, and unwanted memories of the stressful experience?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
2. Repeated, disturbing dreams of the stressful experience?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
3. Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
4. Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
5. Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (for example, heart pounding, trouble breathing, sweating)?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
6. Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
7. Avoiding external reminders of the stressful experience (for example, people, places, conversations, activities, objects, or situations)?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
8. Trouble remembering important parts of the stressful experience?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
9. Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world (for example, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
10. Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
11. Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt, or shame?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
------------	--------------	------------	-------------	-----------
12. Loss of interest in activities that you used to enjoy?

	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
13. Feeling distant or cut off from other people?					
	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
14. Trouble experiencing positive feelings (for example, being unable to feel happiness or have loving feelings for people close to you)?					
	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
15. Irritable behavior, angry outbursts, or acting aggressively?					
	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
16. Taking too many risks or doing things that could cause you harm?					
	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
17. Being “superalert” or watchful or on guard?					
	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
18. Feeling jumpy or easily startled?					
	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
19. Having difficulty concentrating?					
	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
20. Trouble falling or staying asleep?					
	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., et Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): *Development and initial psychometric evaluation. Journal of traumatic stress, 28*(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

ANNEXE D

SATISFACTION WITH LIFE SCALE

Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou en désaccord. À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses.

1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
------------------------------	-----------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------	-----------	------------------------

2. Mes conditions de vie sont excellentes.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
------------------------------	-----------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------	-----------	------------------------

3. Je suis satisfait(e) de ma vie.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
------------------------------	-----------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------	-----------	------------------------

4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
------------------------------	-----------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------	-----------	------------------------

5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
------------------------------	-----------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------	-----------	------------------------

Traduction francophone du *Satisfaction With Life Scale* (Diener *et al.*, 1985) à l'aide de la méthode de Vallerand (1989) réalisée par le laboratoire Trauma & Résilience de l'Université du Québec à Montréal

Below are five statements that you may agree or disagree with. Using the 1 - 7 scale below, indicate your agreement with each statement. Please be open and honest in your responding.

1. In most ways my life is close to my ideal.

Strongly disagree	Disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Agree	Strongly agree
----------------------	----------	----------------------	----------------------------------	-------------------	-------	-------------------

2. The conditions of my life are excellent.

Strongly disagree	Disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Agree	Strongly agree
----------------------	----------	----------------------	----------------------------------	-------------------	-------	-------------------

3. I am satisfied with my life.

Strongly disagree	Disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Agree	Strongly agree
----------------------	----------	----------------------	----------------------------------	-------------------	-------	-------------------

4. So far I have gotten the important things I want in life.

Strongly disagree	Disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Agree	Strongly agree
----------------------	----------	----------------------	----------------------------------	-------------------	-------	-------------------

5. If I could live my life over, I would change almost nothing.

Strongly disagree	Disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Agree	Strongly agree
----------------------	----------	----------------------	----------------------------------	-------------------	-------	-------------------

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., et Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

ANNEXE E

MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Nous aimerions savoir ce que vous pensez des énoncés suivants. Lisez attentivement chaque déclaration. Indiquez ce que vous pensez de chaque énoncé au cours des 2 dernières semaines.

1. Il y a une personne en particulier qui est là quand j'en ai besoin.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
--------------------------------	---------------------------	------------------------	--------	---------------------	------------------------	--------------------------------

2. Il y a une personne en particulier avec laquelle je peux partager mes joies et mes peines.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
--------------------------------	---------------------------	------------------------	--------	---------------------	------------------------	--------------------------------

3. Ma famille essaie vraiment de m'aider.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
--------------------------------	---------------------------	------------------------	--------	---------------------	------------------------	--------------------------------

4. Je reçois de ma famille toute l'aide émotionnelle et le soutien dont j'ai besoin.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
--------------------------------	---------------------------	------------------------	--------	---------------------	------------------------	--------------------------------

5. Je connais une personne en particulier qui est une vraie source de réconfort pour moi.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
--------------------------------	---------------------------	------------------------	--------	---------------------	------------------------	--------------------------------

6. Mes amis essaient vraiment de m'aider.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
--------------------------------	---------------------------	------------------------	--------	---------------------	------------------------	--------------------------------

7. Je peux compter sur mes amis quand les choses vont mal.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------	------------------	---------------------	--------------------------

8. Je peux parler de mes problèmes avec ma famille.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------	------------------	---------------------	--------------------------

9. J'ai des amis avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------	------------------	---------------------	--------------------------

10. Il y a quelqu'un de spécial dans ma vie qui s'inquiète de ce que je ressens.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------	------------------	---------------------	--------------------------

11. Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------	------------------	---------------------	--------------------------

12. Je peux parler de mes problèmes avec mes amis.

Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------	------------------	---------------------	--------------------------

Traduction francophone du *MSPSS* (Zimet *et al.*, 1988) à l'aide de la méthode de Vallerand (1989) réalisée par le laboratoire Trauma & Résilience de l'Université du Québec à Montréal

We are interested in what you think about the following statements. Read each statement carefully. Indicate how you feel about each statement during the last 2 weeks.

1. There is a special person who is around when I am in need.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

2. There is a special person with whom I can share joys and sorrows.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

3. My family really tries to help me.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

4. I get the emotional help and the support I need from my family.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

5. I have a special person who is a real source of comfort to me.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

6. My friends really try to help me.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

7. I can count on my friends when things go wrong.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

8. I can talk about my problems with my family.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

9. I have friends with whom I can share my joys and sorrows.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

10. There is a special person in my life who cares about my feelings.

Very Strongly	Strongly	Mildly	Neutral	Mildly	Strongly	Very Strongly
Disagree	Disagree	Disagree		Agree	Agree	Agree

11. My family is willing to help me make decisions.

Very Strongly Disagree	Strongly Disagree	Mildly Disagree	Neutral	Mildly Agree	Strongly Agree	Very Strongly Agree
---------------------------	----------------------	--------------------	---------	-----------------	-------------------	------------------------

12. I can talk about my problems with my friends.

Very Strongly Disagree	Strongly Disagree	Mildly Disagree	Neutral	Mildly Agree	Strongly Agree	Very Strongly Agree
---------------------------	----------------------	--------------------	---------	-----------------	-------------------	------------------------

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., et Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

ANNEXE F
ORGANIZATIONAL JUSTICE SCALE

Les questions suivantes portent sur les procédures qui ont été utilisées par le personnel de la Cour (p. ex., juges, procureurs, avocats, enquêteurs) pour arriver au résultat du procès. À quel point :

- | | | | | | |
|---|----------|-----|-----------------|-------|----------|
| 1. Avez-vous été en mesure d'exprimer votre point de vue et vos émotions durant ces procédures? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 2. Avez-vous eu une influence sur le résultat des procédures? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 3. Ces procédures ont-elles été appliquées de façon cohérente? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 4. Ces procédures ont-elles été appliquées sans préjugé ni biais? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 5. Ces procédures ont-elles été basées sur des informations exactes? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 6. Est-ce que le personnel de la Cour été en mesure de porter en appel le résultat du procès? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 7. Ces procédures ont-elles respecté des normes éthiques et morales? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |

Les questions suivantes portent sur le résultat du procès. À quel point :

- | | | | | | |
|--|----------|-----|-----------------|-------|----------|
| 8. Le résultat du procès reflète-t-il les efforts fournis par le personnel de la Cour? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 9. Le résultat du procès est-il adéquat compte tenu du travail fourni par le personnel de la Cour? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 10. Le résultat du procès reflète-t-il la contribution du personnel de la Cour à votre dossier? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 11. Le résultat du procès est-il justifié considérant la performance du personnel de la Cour? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |

Les questions suivantes portent sur le personnel de la Cour (p. ex., juges, procureur, avocats). À quel point:

- | | | | | | |
|--|----------|-----|-----------------|-------|----------|
| 12. Vous a-t-(il/elle) traité d'une manière polie? | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 13. Vous a-t-(il/elle) traité avec dignité? | | | | | |

- | | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
|--|----------|-----|-----------------|-------|----------|
| 14. Vous a-t-(il/elle) traité avec respect? | | | | | |
| | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 15. S'est-(il/elle) abstenu(e) de faire des remarques ou des commentaires inappropriés (p. ex., Mon proche que j'ai perdu à la suite de l'homicide ou moi-même avons été blâmés par un(e) employé(e) du système de justice)? | | | | | |
| | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 16. A-t-(il/elle) été franc(he) dans ses communications avec vous? | | | | | |
| | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 17. Vous a-t-(il/elle) expliqué les procédures avec soin (p. ex., J'ai été avisé à l'avance des moments plus difficiles du procès)? | | | | | |
| | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 18. Ses explications concernant les procédures étaient-elles adéquates? | | | | | |
| | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 19. Vous a-t-(il/elle) communiqué les détails/informations au bon moment? | | | | | |
| | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
| 20. A-t-(il/elle) semblé adapter ses communications aux besoins spécifiques de chacun? | | | | | |
| | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |

La question suivante porte sur le résultat du procès.

- | | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |
|---|----------|-----|-----------------|-------|----------|
| 21. À quel point le résultat du procès est justifié considérant les conséquences de l'homicide sur votre vie? | | | | | |
| | Très peu | Peu | Ni peu ni assez | Assez | Beaucoup |

Traduction francophone de la version adaptée au système de justice du *Organizational Justice Scale* (Colquitt, 2001) à l'aide de la méthode de Vallerand (1989) réalisée par le laboratoire Trauma & Résilience de l'Université du Québec à Montréal

The following questions refer to the procedures used by court workers (e.g., judges, prosecutors, lawyers) to arrive at the outcome of the trial.

To what extent:

1. Have you been able to express your views and feelings during those procedures?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

2. Have you had influence over the outcome of the trial arrived at by those procedures?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

3. Have those procedures been applied consistently?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

4. Have those procedures been free of bias?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

5. Have those procedures been based on accurate information?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

6. Have the court workers been able to appeal the outcome of the trial arrived at by those procedures?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

7. Have those procedures upheld ethical and moral standards?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

The following questions refer to the outcome of the trial.

To what extent:

8. Does the outcome of the trial reflect the effort of the court workers?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

9. Is the outcome of the trial appropriate for the work the court workers completed?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

10. Does the outcome of the trial reflect what the court workers have contributed to your case?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

11. Is the outcome of the trial is justified given the performance of the court workers?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

The following questions refer to court workers (e.g., judges, prosecutors, lawyers).

To what extent:

12. Has (he/she) treated you in a polite manner?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

13. Has (he/she) treated you with dignity?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

14. Has (he/she) treated you with respect?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

15. Has (he/she) refrained from improper remarks or comments (e.g., My murdered loved one or myself have been blamed by member(s) of the justice system)?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

16. Has (he/she) been candid in (his/her) communications with you?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

17. Has (he/she) explained the procedures thoroughly (e.g., I was notified in advance of the more difficult to hear moments of the trial)?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

18. Were (his/her) explanations regarding the procedures reasonable?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

19. Has (he/she) communicated details in a timely manner?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

20. Has (he/she) seemed to tailor (his/her) communications to individuals' specific needs?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

The following question refer to the outcome of the trial.

21. To what extent is the outcome of the trial is justified given the consequences of the homicide on your life?

Very small extent Small extent Neither small nor
large extent Large extent Very large extent

Adaptation au système de justice du *Organizational Justice Scale* : Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>

ANNEXE G

DISSATISFACTION WITH THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM AND DISTRESS DURING THE TRIAL

Les questions suivantes portent sur votre expérience générale du procès de la ou des personnes accusées de l'homicide de votre proche.

1. À quel point votre expérience pendant le procès a-t-elle été difficile ou douloureuse?

Très peu Peu Ni peu ni assez Assez Beaucoup

2. Après le procès, à quel point étiez-vous insatisfait-e du verdict sur la condamnation rendu par le (la) juge ou le jury (c.-à-d., jugement à propos de la culpabilité ou non-culpabilité de la personne accusée)?

Très peu Peu Ni peu ni assez Assez Beaucoup

3. Après le procès, à quel point étiez-vous insatisfait-e du verdict sur la peine rendu par le (la) juge (c.-à-d., durée de l'emprisonnement de la personne reconnue coupable)?

Très peu Peu Ni peu ni assez Assez Beaucoup

The following questions refer to your general experience of the trial of the person(s) accused of the homicide of your loved one.

1. To what extent was your experience difficult or painful during the trial?

Not at all A little bit Moderately Quite a bit Extremely

2. After the trial, to what extent were you dissatisfied with the verdict of the conviction pronounced by the judge or jury(s) (i.e., decision on the guilt of non-guilt of the person accused)?

Not at all A little bit Moderately Quite a bit Extremely

3. After the trial, to what extent were you dissatisfied with the sentencing determined by the judge (e.g., length of imprisonment of the convicted person)?

Not at all

A little bit

Moderately

Quite a bit

Extremely

Questionnaires maisons pour les deux versions

Somme des items 2 et 3 = échelle d'insatisfaction envers le verdict

ANNEXE H

CRITICAL APPRAISAL TOOL TO ASSESS THE QUALITY OF CROSS-SECTIONAL STUDIES (AXIS)

	Yes	No	Do not know/ comment
<i>Introduction</i>			
1 Were the aims/objectives of the study clear?			
<i>Methods</i>			
2 Was the study design appropriate for the stated aim(s)?			
3 Was the sample size justified?			
4 Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)			
5 Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?			
6 Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?			
7 Were measures undertaken to address and categorise non-responders?			
8 Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?			
9 Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?			
10 Is it clear what was used to determine statistical significance and/or precision estimates? (eg, p values, CIs)			
11 Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?			
<i>Results</i>			
12 Were the basic data adequately described?			
13 Does the response rate raise concerns about non-response bias?			
14 If appropriate, was information about non-responders described?			
15 Were the results internally consistent?			
16 Were the results for the analyses described in the methods, presented?			
<i>Discussion</i>			
17 Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?			
18 Were the limitations of the study discussed?			
<i>Other</i>			
19 Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?			
20 Was ethical approval or consent of participants attained?			

ANNEXE I

CERTIFICATS D'APPROBATION ET DE RENOUVELLEMENT ÉTHIQUE



No du certificat : 4354_e_2020

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé qu'il est conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (décembre 2015).

Protocole de recherche

Chercheuse principale : Pascale Brillon

Unité de rattachement : Département de psychologie

Équipe de recherche :

Étudiant : Olivier Lépine (UQAM)

Étudiante qui réalise son projet de recherche dans le cadre de cette demande : Sarah Lebel (UQAM)

Titre du protocole de recherche : *Endeuillés par homicide : Perceptions de justice, stratégies d'adaptation, et détresse*

Sources de financement (le cas échéant) : FAVAC

Durée du projet : 3 ans

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comitéⁱ.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **1 juin 2021**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificatⁱⁱ.

Julie Cloutier, Ph.D.
Professeure
Vice-présidente

25 juin 2020

Date d'émission initiale du certificat

ⁱ <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/modifications-apportees-a-un-projet-en-cours.html>

ⁱⁱ <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/rapport-annuel-ou-final-de-suivi.html>

Le 31 mars 2021
Madame Pascale Brillon
Professeure
Département de psychologie

Objet : Modification apportées au projet
Titre du projet : Endeuillés par homicide : Perceptions de justice, stratégies
d'adaptation, et détresse
No : 4354_e_2021 rapport 1403
Source de financement : FAVAC

Madame,

La présente vise à confirmer l'approbation, au plan de l'éthique de la recherche avec de
êtres humains, de l'ensemble des modifications apportées au projet mentionné en objet.
Le rapport porte sur :

- Outils de collecte de données

L'approbation de ces modifications est valide jusqu'au **1 mars 2022**.

Le comité vous remercie d'avoir porté à son attention ces modifications et vous prie de
recevoir l'expression de ses sentiments les meilleurs.

Le président,



Yanick Farmer, Ph. D.
Professeur



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2021-3318

Date : 2022-02-18

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Pascale Brillon

Unité de rattachement : Département de psychologie

Titre du protocole de recherche : Endeuillés par homicide : Perceptions de justice, stratégies d'adaptation, et détresse

Source de financement (le cas échéant) : Ministère de la Justice

Date d'approbation initiale du projet : 2020-06-25

Équipe de recherche

Auxiliaires de recherche: Olivier Lépine

Étudiants réalisant un projet de thèse : Sarah Lebel; Myriam Tanguay-Sela

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiqués rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiquée au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **2023-03-01**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Louis-Philippe Auger
Coordonnateur du CIEREH

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2021-3318

Date : 09 février 2023

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Pascale Brillon

Unité de rattachement : Département de psychologie

Titre du protocole de recherche : Endeuillés par homicide : Perceptions de justice, stratégies d'adaptation, et détresse

Source de financement (le cas échéant) : Ministère de la Justice

Date d'approbation initiale du projet : 2020-06-25

Équipe de recherche

Auxiliaires de recherche: Olivier Lépine

Étudiants réalisant un projet de thèse : Sarah Lebel; Myriam Tanguay-Sela

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiqués rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiquée au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **01 mars 2024**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2023-02-09 à 10:19

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2021-3318

Date : 12 mars 2024

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Pascale Brillon

Unité de rattachement : Département de psychologie

Titre du protocole de recherche : Endeuillés par homicide : Perceptions de justice, stratégies d'adaptation, et détresse

Source de financement (le cas échéant) : Ministère de la Justice

Date d'approbation initiale du projet : 25 juin 2020

Équipe de recherche

Auxiliaires de recherche: Olivier Lépine

Étudiants réalisant un projet de thèse : Sarah Lebel; Myriam Tanguay-Sela

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiqués rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **01 mars 2025**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2024-03-12 à 08:29

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2021-3318

Date : 12 février 2025

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Pascale Brillon

Unité de rattachement : Psychologie

Titre du protocole de recherche : Endeuillés par homicide : Perceptions de justice, stratégies d'adaptation, et détresse

Source de financement (le cas échéant) : Ministère de la Justice, CRSH

Date d'approbation initiale du projet : 25 juin 2020

Équipe de recherche

Étudiants et auxiliaires de recherche: Sarah Lebel; Myriam Tanguay-Sela

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiqués rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **01 mars 2026**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.



Yanick Farmer, Ph.D.

Professeur, Département de communication sociale et publique

Président du CIEREH

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2021-3318

Date : 26 juillet 2025

Nom de l'étudiant.e : Sarah Lebel (LEBS02529608)

Titre du projet : Influence de la présence au procès, des facteurs liés au procès et du soutien social perçu sur la santé mentale des proches endeuillés par homicide

Programme d'étude : Doctorat en psychologie

Unité de rattachement : Département de psychologie

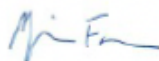
Direction de recherche : Pascale Brillon

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

Selon les informations qui nous ont été fournies par la direction de recherche, le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que **Sarah Lebel** a réalisé son projet doctoral en psychologie sous la direction de Pascale Brillon conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique no. 2021-3318.

Merci de bien vouloir inclure le présent document et du certificat d'éthique susmentionné en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CIEREH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.



Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur, Département de communication sociale et publique
Président du CIEREH

Louis-Philippe Auger
Coordonnateur du CIEREH

Pour: Yanick Farmer
Professeur
Président du CIEREH

Signé le 2025-08-05 à 10:27

RÉFÉRENCES

CHAPITRE 1: INTRODUCTION GÉNÉRALE

- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., et Halligan, S. L. (2018). Self-perception of adaptation among homicidally bereaved individuals following a psychoeducational intervention: a UK longitudinal qualitative study. *BMJ open*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020443>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., van Denderen, M., et Halligan, S. (2021). Psychological Interventions for Individuals Bereaved by Homicide: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(4), 793–803. <https://doi.org/10.1177/1524838019881716>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., et Halligan, S. (2021). “Everything changes”: Listening to homicidally bereaved individuals’ practice and intervention needs. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), NP2954–NP2974. <https://doi.org/10.1177/0886260518766558>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e édition, texte révisé). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., et Smith, S. (1989). Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 2(1), 21-35. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020104>
- Armour, M. (2002). Journey of family members of homicide victims: A qualitative study of the post-homicide experience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 372–382. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.3.372>
- Armour, M. P. (2002). Experiences of covictims of homicide: Implications for research and practice. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(2), 109-124. <https://doi.org/10.1177/15248380020032002>
- Armour, M. (2007). Violent death: Understanding the context of traumatic and stigmatized grief. *Journal of Human Behavior in the social environment*, 14(4), 53-90. https://doi.org/10.1300/J137v14n04_04
- Armour, M., et Umbreit, M. S. (2012). Survivors of homicide victims: Factors that influence their well-being. *Journal of Forensic Social Work*, 2(2-3), 74-93. <https://doi.org/10.1080/1936928X.2012.750253>
- Arnberg, F. K., Hultman, C. M., Michel, P. O., et Lundin, T. (2012). Social support moderates posttraumatic stress and general distress after disaster. *Journal of traumatic stress*, 25(6), 721-727. <https://doi.org/10.1002/jts.21758>
- Asaro, M. R., et Clements, P. T. (2005). Homicide Bereavement: A Family Affair. *Journal of Forensic Nursing*, 1(3), 101–106. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2005.tb00025.x>

- Asukai, N., Tsuruta, N., et Saito, A. (2011). Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 470–473. <https://doi.org/10.1002/jts.20662>.
- Baliko, B., et Tuck, I. (2008). Perceptions of survivors of loss by homicide: Opportunities for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(5), 26–34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080501-02>
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., et Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210-223. <https://doi.org/10.1037/h0079854>
- Blais, R. K., Tirone, V., Orłowska, D., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N., et Zalta, A. K. (2021). Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851078>
- Boelen, P. A., De Keijser, J., et Smid, G. (2015). Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 382–390. <https://doi.org/10.1037/tra0000018>
- Boelen, P. A., et O'Connor, M. (2022). Is a sense of coherence associated with prolonged grief, depression, and satisfaction with life after bereavement? A longitudinal study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(5), 1599-1610. <https://doi.org/10.1002/cpp.2774>
- Boelen, P. A., O'Connor, M., et Missler, M. A. (2023). Satisfaction with life after partner loss: Time-varying and time-invariant components and their associations with prolonged grief. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100350>
- Boelen, P. A., van Denderen, M., et de Keijser, J. (2016). Prolonged grief, posttraumatic stress, anger, and revenge phenomena following homicidal loss: The role of negative cognitions and avoidance behaviors. *Homicide Studies*, 20(2), 177-195. <https://doi.org/10.1177/1088767915580674>
- Bonanno, G. A., et Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648>
- Bottomley, J. S., Burke, L. A., et Neimeyer, R. A. (2017). Domains of social support that predict bereavement distress following homicide loss: Assessing need and satisfaction. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 75(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/0030222815612282>
- Brewin, C. R., Bernice, A., et John, D. A. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder among trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Brillon, P. (2025). Quand la mort est traumatique : Passer du choc à la sérénité. Editions Québec-Livres.
- Bucholz, J. A. (2002). *Homicide survivors: Misunderstood grievers*. Routledge.

- Burgess, A. W., et Holmstrom, L. L. (1984). *Rape: Victims of crisis*. R.J. Brady.
- Burke, L., Neimeyer, R., et McDevitt-Murphy, M. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(1), 1–24. <https://doi.org/10.2190/OM.61.1.a>
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., et Barnes, H. E. (2001). Preventing the “Second Rape”: Rape survivors’ experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239–1259. <https://doi.org/10.1177/088626001016012002>
- Casey, L. (2011) Review into the Needs of Family Bereaved by Homicide, Ministry of justice UK. Récupéré de <https://samm.org.uk/wp-content/uploads/2021/01/Review-needs-of-families-bereaved-by-homicide.pdf>
- Clarke, P. (1995). Is there a place for the victim in the prosecution process? Dans N. Larsen (dir.), *The Canadian criminal justice system: An issues approach to the administration of justice* (p. 143–162). Canadian Scholars’ Press. <https://linker2.worldcat.org/?jHome=https%3A%2F%2Fproxy.bibliotheques.uqam.ca%2Flogin%3Furl%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.deslibris.ca%2FID%2F412248&linktype=best&jHomeSig=2018f70755a88adfa0c8a32b7d8d509e0348f9d8aa67e172ebdbbf61affa02e0>
- Cléroux-Desmarais, M., et Dubé, M. (2023). *Le processus judiciaire vécu par des proches de victimes d’homicide : son rôle dans leur processus de deuil* [Dissertation, Université du Québec à Montréal]. <http://www.archipel.uqam.ca/16555/>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Code criminel, L.R.C. (1985), ch. C-46. Récupéré de <https://lois-laws.justice.gc.ca/PDF/C-46.pdf>
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386–400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Connolly, J., et Gordon, R. (2015). Co-Victims of homicide: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(4), 494–505. <https://doi.org/10.1177/1524838014557285>
- Currier, J. M., Holland, J. M., et Neimeyer, R. A. (2006). Sense-Making, Grief, and the Experience of Violent Loss: Toward a Mediation Model. *Death Studies*, 30(5), 403–428. <https://doi.org/10.1080/07481180600614351>
- Dagenais, P., Martin, V., et Renaud, J. (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- Duax, J. M., Bohnert, K. M., M. Rauch, S. A., et Defever, A. M. (2014). Posttraumatic stress disorder symptoms, levels of social support, and emotional hiding in returning veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 51(4), 571–578. <https://chicagopolicyreview.org/wp-content/uploads/2014/09/PTSD-and-Emotional-Hiding.pdf>

- Dubé, L., Desrosiers, J. et Belleville, G. (2025). Posttraumatic stress symptoms among sexual assault victims across the legal proceedings stages: A systematic review. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. <https://doi.org/10.1037/cap0000449>
- Dyregrov, K. (2003). Micro-sociological analysis of social support following traumatic bereavement: Unhelpful and avoidant responses from the community. *OMEGA - Journal of death and dying*, 48(1), 23–44. <https://doi.org/10.2190/T3NM-VFBK-68R0-UJ60>
- Englebrecht, C., Mason, D. T., et Adams, M. J. (2014). The experiences of homicide victims' families with the criminal justice system: an exploratory study. *Violence & Victims*, 29(3), 407-421. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00151>
- Enoksen, E. (2015). Examining the dimensionality of Colquitt's Organizational Justice Scale in a public health sector context. *Psychological reports*, 116(3), 723-737. <https://doi.org/10.2466/01.PRO.116k26w0>
- Feldthusen, B., Hankivsky, O., et Greaves, L. (2000). Therapeutic consequences of civil actions for damages and compensation claims by victims of sexual abuse. *Canadian Journal of Women & the Law*, 12(1), 66-116.
- Fishbein, M., Ajzen, E., et Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Fredette, C., El-Baalbaki, G., Palardy, V., Rizkallah, E. et Guay, S. (2016). Social support and cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Traumatology*, 22(2), 131–144. <https://doi.org/10.1037/trm0000070>
- Gekoski, A., Adler, J. R., et Gray, J. M. (2013). Interviewing women bereaved by homicide: Reports of secondary victimization by the criminal justice system. *International Review of Victimology*, 19(3), 307-329. <https://doi.org/10.1177/0269758013494136>
- Gouvernement du Québec. (2025, 20 octobre). Processus judiciaire criminel pour les adultes. <https://www.quebec.ca/justice-et-etat-civil/systeme-judiciaire/processus-judiciaire/processus-judiciaire-au-criminel/processus-judiciaire-criminel-pour-les-adultes>
- Gouvernement du Canada. (2015). Victims Bill of Rights (Projet de loi C-32).
- Gray, S. H. (2005). Crime victim's psychological trauma and satisfaction with the criminal justice system: mediated by coping style [Mémoire de maîtrise non-publiée]. Université de Montréal.
- Hannays-King, C., Bailey, A., et Akhtar, M. (2015). Social support and Black mothers' bereavement experience of losing a child to gun homicide. *Bereavement Care*, 34(1), 10–16. <https://doi.org/10.1080/02682621.2015.1028199>
- Herman, J. L. (2003). The mental health of crime victims: Impact of legal intervention. *Journal of traumatic stress*, 16(2), 159-166. <https://doi.org/10.1023/A:1022847223135>
- Hobfoll, S. E. et Vaux, A. (1993). Social support: Social resources and social context. Dans L. Goldberger et S. Breznitz (dir.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (p. 685–705). Free Press.

- Hu, M., Wu, X., et Qiu, S. (2024). Life Satisfaction Among Chinese Aged Workers: Interplay of Organizational Justice, Workplace Emotions, and Subjective Age Perception. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 23–37. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S440168>
- Indemnisation des victimes d'actes criminels (2025). Catégories de personnes victimes pouvant recevoir de l'aide financière. Récupéré de <https://www.ivac.qc.ca/victimes/Pages/quest-ce-que-victime.aspx>
- Jankowski, M. K., Schnurr, P. P., Adams, G. A., Green, B. L., Ford, J. D., et Friedman, M. J. (2004). A mediational model of PTSD in World War II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 303–310. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038478.63664.5f>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. Toronto: Free Press, Maxwell Macmillan Canada.
- Johnston-Way, S., et O'Sullivan, S. (2016). Reconnaissance du rôle du soutien aux victimes dans l'établissement et le maintien de collectivités saines et sécuritaires. *Journal of CSWB*, 1(2), 12-15.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kristensen, P., Weisæth, L., et Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(1), 76-97. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>
- Kunst, M., Popelier, L., et Varekamp, E. (2015). Victim satisfaction with the criminal justice system and emotional recovery: A systematic and critical review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(3), 336-358. <https://doi.org/10.1177/1524838014555034>
- Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., et Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 394–401. <https://doi.org/10.1002/jts.20348>
- Lake, S., Kerr, T., Buxton, J., Walsh, Z., Marshall, B. D., Wood, E., et Milloy, M. J. (2020). Does cannabis use modify the effect of post-traumatic stress disorder on severe depression and suicidal ideation? Evidence from a population-based cross-sectional study of Canadians. *Journal of psychopharmacology*, 34(2), 181-188. <https://doi.org/10.1177/0269881119882806>
- Lakey, B. et Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. Dans S. Cohen, L., G. Underwood et B.H. Gottfried (dirs.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 29-52). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- Lens, K. M., Pemberton, A., Brans, K., Braeken, J., Bogaerts, S., et Lahlah, E. (2015). Delivering a Victim Impact Statement: Emotionally effective or counter-productive? *European Journal of Criminology*, 12(1), 17-34. <https://doi.org/10.1177/1477370814538778>

- Lepore, S. J. (2001). A social–cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. Dans A. Baum et B. L. Andersen (dirs.), *Psychosocial interventions for cancer* (p. 99–116). American Psychological Association.
- Lepore, S. J., Ragan, J. D., et Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive–emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 499–508. <https://doi-org/10.1037/0022-3514.78.3.499>
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., et Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 271–282. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.271>
- Littleton, H. L. (2010). The impact of social support and negative disclosure reactions on sexual assault victims: A cross-sectional and longitudinal investigation. *Journal of trauma & dissociation*, 11(2), 210–227. <https://doi.org/10.1080/15299730903502946>
- Major, B., Zubek, J. M., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., et Richards, C. (1997). Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1349–1363. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.6.1349>
- Malone, L. (2007). In the aftermath: Listening to people bereaved by homicide. *Probation Journal*, 54(4), 383–393. <https://doi.org/10.1177/0264550507083537>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., et Battaglini, A. (1998). The Structure of Mental Health: Higher-Order Confirmatory Factor Analyses of Psychological Distress and Well-Being Measures. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 475–504. <https://doi.org/10.1023/A:1006992032387>
- Mastrocinque, J. M., Metzger, J. W., Madeira, J., Lang, K., Pruss, H., Navratil, P. K., Sandys, M., et Cerulli, C. (2015). I’m Still Left Here With the Pain Exploring the Health Consequences of Homicide on Families and Friends. *Homicide Studies*, 19(4), 326–349. <https://doi.org/10.1177/1088767914537494>
- McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Williams, J. L., et Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303–311. <https://doi.org/10.1037/a0024911>
- McDevitt-Murphy, M. E., Zakarian, R. J., Luciano, M. T., Olin, C. C., Mazzulo, N. N., et Neimeyer, R. A. (2021). Alcohol use and coping in a cross-sectional study of African American homicide survivors. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 20(1), 135–150. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1080/15332640.2019.1598905>
- Metzger, J., Mastrocinque, J. M., Navratil, P., et Cerulli, C. (2015). Improving systematic response in the face of homicide: Family and friends of homicide victims service needs. *Violence & Victims*, 30(3), 522–532. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00140>
- Milman, E., Williams, J. L., Bountress, K., et Rheingold, A. A. (2018). The relationship between experiences with the criminal justice system and mental health outcomes among survivors of

- homicide. *Violence and Victims*, 33(2), 310-329. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1891/0886-6708.v33.i2.124>
- Monk, G., Neylon, E., et Sinclair, S. L. (2003). Deconstructing homicide bereavement: An innovative approach to working with homicide survivors. *Guidance & Counseling*, 18(3), 85–92.
- Morissette, M. (2014). L'influence thérapeutique de la perception de justice informationnelle et interpersonnelle sur les symptômes de stress post-traumatique des victimes d'actes criminels [Mémoire de maîtrise non-publiée]. Université de Montréal.
- Morissette, M., et Wemmers, J. (2016). L'influence thérapeutique de la perception de justice informationnelle et interpersonnelle sur les symptômes de stress post-traumatique des victimes de crimes. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 58(1), 31–55. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2014.F03>
- Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C., et Beaton, R. D. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 273–291. <https://doi.org/10.1023/A:1024724425597>
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., et Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies*, 27(1), 39–61. <https://doi.org/10.1080/07481180302871>
- Neimeyer, R. A., et Burke, L. A. (2017). Spiritual distress and depression in bereavement: A meaning-oriented contribution. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 38–59. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0262-6>
- Oexle, N., et Sheehan, L. (2019). Perceived social support and mental health after suicide loss. *Crisis*, 41(1), 65–69. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000594>
- Orth, U. (2002). Secondary victimization of crime victims by criminal proceedings. *Social Justice Research*, 15(4), 313–325. <https://doi.org/10.1023/A:1021210323461>
- Orth, U. (2004). Does perpetrator punishment satisfy victims' feelings of revenge? *Aggressive Behavior*, 30(1), 62–70. <https://doi.org/10.1002/ab.20003>
- Orth, U., et Maercker, A. (2004). Do trials of perpetrators retraumatize crime victims? *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 212–227. <https://doi.org/10.1177/0886260503260326>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., et Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003>
- Pastia, C., et Palys, T. (2016). 'I don't know what you people are so concerned about': homicide survivors' experience with the Canadian criminal justice system. *Contemporary justice review*, 19(3), 401-413. <https://doi.org/10.1080/10282580.2016.1185944>

- Poupart, L., Leroux, K., & Association québécoise Plaidoyer-victimes. (2018). *Introduction à l'intervention auprès des victimes d'actes criminels* (3e édition revue et augmentée). Association québécoise Plaidoyer-Victimes.
- Redmond, L. M. (1989). *Surviving: When someone you love was murdered: A professional's guide to group grief therapy for families and friends of murder victims*. Psychological Consultation and Education services.
- Reed, M. D. (2024). Courtroom decorum and the rules of conduct: accounts of homicide co-victims' experiences during criminal justice proceedings. *Criminal Justice Studies*, 37(2), 124-146. <https://doi.org/10.1080/1478601X.2024.2346079>
- Reed, M. D., et Caraballo, K. (2022). Voice of the victims: Accounts of secondary victimization with the court system among homicide co-victims. *Journal of interpersonal violence*, 37(13-14), NP10832–NP10861. <https://doi.org/10.1177/0886260521989732>
- Rheingold, A. A., Baddeley, J. L., Williams, J. L., Brown, C., Wallace, M. M., Correa, F., et Rynearson, E. K. (2015). Restorative Retelling for Violent Death: An Investigation of Treatment Effectiveness, Influencing Factors, and Durability. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 541–555. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.957602>
- Rheingold, A. A., et Williams, J. L. (2015). Survivors of homicide: Mental health outcomes, social support, and service use among a community-based sample. *Violence and Victims*, 30(5), 870–883. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00026>
- Rossi, C. (2008). *Le double visage des proches d'homicides: approche comparée en droit pénal et victimologie* [Thèse doctorale non-publiée]. Université du Québec à Montréal.
- Rossi, C. (2014). Les proches des victimes d'homicide face à la justice : le grand malentendu. *Les Cahiers de la Justice*, 3(3), 441-460. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1403.0441>
- Rossi, C., et Cario, R. (2013). *Homicide: les proches des victimes*. L'Harmattan.
- Rossi, C., et Vanhamme, F. (2011). Droits-égarés ou droits-devoirs? L'implication des proches des victimes d'homicide au sein des procédures pénales: conséquences et enjeux pour les personnes elles-mêmes. *Justice*, 149-165.
- Sayed, S., Iacoviello, B. M., et Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17(8), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0612-y>
- Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., et Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4>
- Setti, I., Lourel, M. et Argentero, P. (2016). The role of affective commitment and perceived social support in protecting emergency workers against burnout and vicarious traumatization. *Traumatology*, 22(4), 261-270. <https://doi.org/10.1037/trm0000072>

- Sharpe, T. L., et Iwamoto, D. K. (2022). Psychosocial aspects of coping that predict post-traumatic stress disorder for African American survivors of homicide victims. *Preventive medicine*, 165. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107277>
- Sharpe, T. L., Joe, S., et Taylor, K. C. (2013). Suicide and homicide bereavement among African Americans: Implications for survivor research and practice. *OMEGA - Journal of death and dying*, 66(2), 153-172. <https://doi.org/10.2190/OM.66.2.d>
- Shin, D. C., et Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1-4), 475–492. <https://doi.org/10.1007/BF00352944>
- Simmons, C. A., Duckworth, M., et Tyler, E. (2014). Getting by after a loved one's death by homicide: The relationship between case status, trauma symptoms, life satisfaction, and coping. *Violence and Victims*, 29(3), 506–522. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00114>
- Sippel, L. M., Liebman, R. E., Schäfer, S. K., Ennis, N., Mattern, A. C., Rozek, D. C., et Monson, C. M. (2024). Sources of social support and trauma recovery: evidence for bidirectional associations from a recently trauma-exposed community sample. *Behavioral Sciences*, 14(4), 284. <https://doi.org/10.3390/bs14040284>
- Sprang, G., et McNeil, J. (1998). Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 37(1), 41–58. <https://doi.org/10.2190/GCGW-86DC-A30R-286A>
- Statistique Canada (2024). Nombre et taux de victimes d'homicide, selon la région métropolitaine de recensement. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510007101&pickMembers%5B0%5D=2.1&cubeTimeFrame.startYear=2013&cubeTimeFrame.endYear=2023&referencePeriods=20130101%2C20230101>
- Stretesky, P. B., Shelley, T. O., Hogan, M. J., et Unnithan, N. P. (2010). Sense-making and secondary victimization among unsolved homicide co-victims. *Journal of Criminal Justice*, 38(5), 880–888. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.06.003>
- Thibault, J., et Walker, L. (1975). *Procedural Justice: A Psychological Analysis*. Wiley.
- Thompson, M. P., Norris, F. H., et Ruback, R. B. (1996). System influences on posthomicide beliefs and distress. *American Journal of Community Psychology*, 24(6), 785–809. <https://doi.org/10.1007/BF02511035>
- Thompson, M. P., Norris, F. H., et Ruback, R. B. (1998). Comparative distress levels of inner-city family members of homicide victims. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 223–242. <https://doi.org/10.1023/A:1024494918952>
- Tobolowsky, P.M. (1999). Victim participation in the criminal justice process: Fifteen years after the President's task force on victims of crime. *Criminal and Civil Confinement*, 25, 21–105.
- Tontodonato, P., et Erez, E. (1994). Crime, punishment, and victim distress. *International Review of Victimology*, 3(1-2), 33–55. <https://doi.org/10.1177/026975809400300203>

- Tuck, I., Baliko, B., Schubert, M. A., et Anderson, L. (2012). A pilot study of a weekend retreat intervention for family survivors of homicide. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 766–794. <https://doi.org/10.1177/0193945912443011>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., et Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- Van den Bos, K., et Lind, E.A. (2002). Uncertainty management by means of fairness judgements. *Advances in Experimental Social Psychology*, 34, 1-59. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(02\)80003-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(02)80003-X)
- van Denderen, M., de Keijser, J., Gerlsma, C., Huisman, M., et Boelen, P. A. (2014). Revenge and psychological adjustment after homicidal loss. *Aggressive Behavior*, 40(6), 504–511. <https://doi.org/10.1002/ab.21543>
- van Denderen, M., de Keijser, J., Huisman, M., et Boelen, P. A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of interpersonal violence*, 31(2), 207-227. <https://doi.org/10.1177/0886260514555368>
- van Denderen, M., de Keijser, J., Kleen, M., et Boelen, P. A. (2015). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(1), 70–80. <https://doi.org/10.1177/1524838013515757>
- Van Wijk, A., Leiden, I. V., et Ferwerda, H. (2017). Murder and the long-term impact on co-victims: A qualitative, longitudinal study. *International Review of Victimology*, 23(2), 145-157. <https://doi.org/10.1177/0269758016684421>
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., et Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., et Keane, T. M. (2013). The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument disponible à www.ptsd.va.gov
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane T. (1993, octobre). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility. Dans *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX (Vol. 462)*.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>
- Wellman, A. R. P. (2014). Faith without answers: The use of religion among cold case homicide survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 69(1), 19–39. <https://doi.org/10.2190/OM.69.1.b>
- Wemmers, J. (1996). *Victims in the criminal justice system*. Kugler publications.

- Wemmers, J. A. (2013). Victims' experiences in the criminal justice system and their recovery from crime. *International review of victimology*, 19(3), 221-233. <https://doi.org/10.1177/1524838014555034>
- Wemmers, J. A., et Cyr, K. (2006). Les besoins des victimes dans le système de justice criminelle. *CiCC*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2983138>
- Wilcox, S. (2010). Social relationships and PTSD symptomatology in combat veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 175–182. <https://doi.org/10.1037/a0019062>
- Williams, J. L., Burke, L. A., McDevitt-Murphy, M. E., et Neimeyer, R. A. (2012). Responses to loss and health functioning among homicidally bereaved African Americans. *Journal of Loss and Trauma*, 17(4), 358–375. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.635583>
- Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. Dans M. S. Clark (dir.), *Prosocial behavior* (p. 265–289). Sage.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., et Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- CHAPITRE 2: ARTICLE 1: MENTAL HEALTH OF HOMICIDALLY BEREAVED INDIVIDUALS: A SYSTEMATIC REVIEW OF POST-HOMICIDE FACTORS
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., et Halligan, S. (2021). “Everything changes”: Listening to homicidally bereaved individuals' practice and intervention needs. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), NP2954–NP2974. <https://doi.org/10.1177/0886260518766558>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., et Halligan, S. L. (2018). Self-perception of adaptation among homicidally bereaved individuals following a psychoeducational intervention: A UK longitudinal qualitative study. *BMJ Open*, 8(8), Article e020443. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020443>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., van Denderen, M., et Halligan, S. (2021). Psychological interventions for individuals bereaved by homicide: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 22(4), 793–803. <https://doi.org/10.1177/1524838019881716>
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., et Smith, S. (1989). Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 2(1), 21–35. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020104>
- Baliko, B., et Tuck, I. (2008). Perceptions of survivors of loss by homicide: Opportunities for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(5), 26–34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080501-02>
- Boelen, P. A., De Keijser, J., et Smid, G. (2015). Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 382–390. <https://doi.org/10.1037/tra0000018>

- Boelen, P. A., van Denderen, M., et de Keijser, J. (2016). Prolonged grief, posttraumatic stress, anger, and revenge phenomena following homicidal loss: The role of negative cognitions and avoidance behaviors. *Homicide Studies*, 20(2), 177–195. <https://doi.org/10.1177/1088767915580674>
- Bottomley, J. S., Burke, L. A., et Neimeyer, R. A. (2017). Domains of social support that predict bereavement distress following homicide loss. *Omega*, 75(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/0030222815612282>
- Boulware, D. L., et Bui, N. H. (2016). Bereaved African American adults: The role of social support, religious coping, and continuing bonds support, religious coping, and continuing bonds. *Journal of Loss and Trauma*, 21(3), 192–202.
- Bourdon, D. É., El-Baalbaki, G., Girard, D., Lapointe-Blackburn, É., et Guay, S. (2019). Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: A systematic review. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3(1), 33–47. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.09.005>
- Burke, L., Neimeyer, R., et McDevitt-Murphy, M. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *Omega*, 61(1), 1–24. <https://doi.org/10.2190/OM.61.1.a>
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., McDevitt-Murphy, M. E., Ippolito, M. R., et Roberts, J. M. (2011). Faith in the wake of homicide: Religious coping and bereavement distress in an African American Sample. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 21(4), 289–307. <https://doi.org/10.1080/10508619.2011.607416>
- Cieslak, R., Benight, C. C., et Caden Lehman, V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 788–798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.007>
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., et Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 895–903. <https://doi.org/10.1002/jts.20171>
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386–400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Connolly, J., et Gordon, R. (2015). Co-Victims of homicide: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(4), 494–505. <https://doi.org/10.1177/1524838014557285>
- Currier, J. M., Mallot, J., Martinez, T. E., Sandy, C., et Neimeyer, R. A. (2013). Bereavement, religion, and posttraumatic growth: A matched control group investigation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(2), 69–77. <https://doi.org/10.1037/a0027708>
- Dagenais, P., Martin, V., et Renaud, J. (2013). Les normes de production des revues systématiques. Dans *Guide méthodologique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (INESSS).
- Downes, M. J., Brennan, M. L., Williams, H. C., et Dean, R. S. (2016). Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). *BMJ Open*, 6(12), Article e011458. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011458>

- Gekoski, A., Adler, J. R., et Gray, J. M. (2013). Interviewing women bereaved by homicide: Reports of secondary victimization by the criminal justice system. *International Review of Victimology*, 19(3), 307–329. <https://doi.org/10.1177/0269758013494136>
- Hannays-King, C., Bailey, A., et Akhtar, M. (2015). Social support and Black mothers' bereavement experience of losing a child to gun homicide. *Bereavement Care*, 34(1), 10–16. <https://doi.org/10.1080/02682621.2015.1028199>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113–136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Johnson, S. (2021). A survey study of spiritual change and related factors among the surviving loved ones of homicide victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24), NP13463–NP13486. <https://doi.org/10.1177/0886260520905550>
- Joseph, S., Williams, R., et Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515–544. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00029-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00029-O)
- Kenney, J. S. (2003). Gender roles and grief cycles: Observations on models of grief and coping in homicide cases. *International Review of Victimology*, 10(1), 19–47. <https://doi.org/10.1177/026975800301000102>
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kristensen, P., Weisaeth, L., et Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, 75(1), 76–97. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>
- Kunst, M., Popelier, L., et Varekamp, E. (2015). Victim satisfaction with the criminal justice system and emotional recovery: A systematic and critical review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(3), 336–358. <https://doi.org/10.1177/1524838014555034>
- Lens, K. M., Pemberton, A., Brans, K., Braeken, J., Bogaerts, S., et Lahlah, E. (2015). Delivering a victim impact Statement: Emotionally effective or counter-productive? *European Journal of Criminology*, 12(1), 17–34. <https://doi.org/10.1177/1477370814538778>
- Levi-Belz, Y., et Lev-Ari, L. (2019). Is there anybody out there? Attachment style and interpersonal facilitators as protective factors against complicated grief among suicide loss survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(3), 131–136. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., et Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and wellbeing measures. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 475–504. <https://doi.org/10.1023/A:1006992032387>

- Matthews, L. T., et Marwit, S. J. (2004). Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 48(2), 115–136. <https://doi.org/10.2190/KCB0-NNVB-UGY6-NPYR>
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L. J., Brown, S.W., et Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1586–1603. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.6.1586>
- McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Williams, J. L., et Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303–311. <https://doi.org/10.1037/a0024911>
- McDevitt-Murphy, M. E., Zakarian, R. J., Luciano, M. T., Olin, C. C., Mazzulo, N. N., et Neimeyer, R. A. (2021). Alcohol use and coping in a cross-sectional study of African American homicide survivors. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 20(1), 135–150. <https://doi.org/10.1080/15332640.2019.1598905>
- Milman, E., Williams, J. L., Bountress, K., et Rheingold, A. A. (2018). The relationship between experiences with the criminal justice system and mental health outcomes among survivors of homicide. *Violence and Victims*, 33(2), 310–329. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00124>
- Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C., et Beaton, R. D. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 273–291. <https://doi.org/10.1023/A:1024724425597>
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., et Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies*, 27(1), 39–61. <https://doi.org/10.1080/07481180302871>
- Neimeyer, R. A., et Burke, L. A. (2011). Complicated grief in the aftermath of homicide: Spiritual crisis and distress in an African American sample. *Religions*, 2(2), 145–164. <https://doi.org/10.3390/rel2020145>
- Parappully, J., Rosenbaum, R., Van Den Daele, L., et Nzewi, E. (2002). Thriving after trauma: The experience of parents of murdered children. *Journal of Humanistic Psychology*, 42(1), 33–70. <https://doi.org/10.1177/0022167802421003>
- Pearlman, L. A., Wortman, C. B., Feuer, C. A., Farber, C. H., et Rando, T. A. (2014). *Treating traumatic bereavement: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- Redmond, L. M. (1989). *Surviving: When someone you love was murdered: A professional's guide to group grief therapy for families and friends of murder victims*. Psychological Consultation and Education services.
- Resick, P. A., Monson, C. M., et Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Publications.

- Rheingold, A. A., et Williams, J. L. (2015). Survivors of homicide: Mental health outcomes, social support, and service use among a community-based sample. *Violence and Victims*, 30(5), 870–883. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00026>
- Riggs, D. S., Dancu, C. V., Gershuny, B. S., Greenberg, D., et Foa, E. B. (1992). Anger and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(4), 613–625. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050410>
- Rynearson, E. K. (1995). Bereavement after homicide: A comparison of treatment seekers and refusers. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 166(4), 507–510. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.507>
- Sayed, S., Iacoviello, B. M., et Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17(8), 612. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0612-y>
- Siewert, K., Antoniuk, K., Kubiak, T., et Weber, H. (2011). The more the better? The relationship between mismatches in social support and subjective well-being in daily life. *Journal of Health Psychology*, 16(4), 621–631. <https://doi.org/10.1177/1359105310385366>
- Simmons, C. A., Duckworth, M., et Tyler, E. (2014). Getting by after a loved one's death by homicide: The relationship between case status, trauma symptoms, life satisfaction, and coping. *Violence and Victims*, 29(3), 506–522. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00114>
- Soydas, S., Smid, G. E., Goodfellow, B., Wilson, R., et Boelen, P. A. (2020). The UK national homicide therapeutic service: A retrospective naturalistic study among 929 bereaved individuals. *Frontiers in Psychiatry*, 11(2020), 878. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00878>
- Soydas, S., Smid, G. E., Lenferink, L. I., Djelantik, A. M. J., Goodfellow, B., Wilson, R., et Boelen, P. A. (2021). Psychopathology in a treatment-seeking sample of homicidally bereaved individuals: Latent class analysis. *Journal of Affective Disorders*, 292(2021), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.026>
- Sprang, G., et McNeil, J. (1998). Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 37(1), 41–58. <https://doi.org/10.2190/GCGW-86DC-A30R-286A>
- Stretesky, P. B., Shelley, T. O., Hogan, M. J., et Unnithan, N. P. (2010). Sense-making and secondary victimization among unsolved homicide co-victims. *Journal of Criminal Justice*, 38(5), 880–888. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.06.003>
- Stuckless, N., et Goranson, R. (1992). The vengeance scale: Development of a measure of attitudes toward revenge. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7(1), 25–42. <https://www.proquest.com/openview/73e160085ff3a7b621b5b0412b9253f3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1819046>
- Tankersley, A. P., Grafsky, E. L., Dike, J., et Jones, R. T. (2021). Risk and resilience factors for mental health among transgender and gender nonconforming (TGNC) youth: A systematic review.

- Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(2), 183–206. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00344-6>
- Tedeschi, R. G., et Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage.
- Thiel, D. (2016). Moral truth and compounded trauma: The effects of acquittal of homicide defendants on the families of the victims. *Homicide Studies*, 20(3), 199–219. <https://doi.org/10.1177/1088767915600200>
- Thieleman, K., Cacciatore, J., et Frances, A. (2023). Rates of Prolonged Grief Disorder: Considering relationship to the person who died and cause of death. *Journal of Affective Disorders*, 339(2023), 832–837. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.094>
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Levis, A.W., et Benedetti, A. (2018). Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *Canadian Medical Association Journal*, 190(2), E44–E49. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170691>
- Thompson, M. P., Norris, F. H., et Ruback, R. B. (1998). Comparative distress levels of inner-city family members of homicide victims. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 223–242. <https://doi.org/10.1023/A:1024494918952>
- Thompson, M. P., Norris, F. H., et Ruback, R. B. (1996). System influences on posthomicide beliefs and distress. *American Journal of Community Psychology*, 24(6), 785–809. <https://doi.org/10.1007/BF02511035>
- Thompson, M. P., et Vardaman, P. J. (1997). The role of religion in coping with the loss of a family member to homicide. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(1), 44–51. <https://doi.org/10.2307/1387881>
- Tuck, I., Baliko, B., Schubert, C. M., et Anderson, L. (2012). A pilot study of a weekend retreat intervention for family survivors of homicide. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 766–794. <https://doi.org/10.1177/0193945912443011>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., et Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 14(3), 171–181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- Van Camp, T., et Wemmers, J. A. (2013). Victim satisfaction with restorative justice: More than simply procedural justice. *International Review of Victimology*, 19(2), 117–143. <https://doi.org/10.1177/0269758012472764>
- Van den Bos, K., et Lind, E. A. (2002). Uncertainty management by means of fairness judgments. Dans *Advances in Experimental Social Psychology*. (34, pp. 1–60). Academic Press.
- van Denderen, M., de Keijser, J., Gerlsma, C., Huisman, M., et Boelen, P. A. (2014). Revenge and psychological adjustment after homicidal loss. *Aggressive Behavior*, 40(6), 504–511. <https://doi.org/10.1002/ab.21543>

- van Denderen, M., de Keijser, J., Huisman, M., et Boelen, P. A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(2), 207–227. <https://doi.org/10.1177/0886260514555368>
- van Denderen, M., de Keijser, J., Kleen, M., et Boelen, P. A. (2015). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse, 16*(1), 70–80. <https://doi.org/10.1177/1524838013515757>
- van Wijk, A., Leiden, I. V., et Ferwerda, H. (2017). Murder and the long-term impact on covictims: A qualitative, longitudinal study. *International Review of Victimology, 23*(2), 145–157. <https://doi.org/10.1177/0269758016684421>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., et Keane, T. M. (2013). The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD at. www.ptsd.va.gov
- Wellman, A. R. P. (2014). Faith without answers: The use of religion among cold case homicide survivors. *OMEGA, 69*(1), 19–39. <https://doi.org/10.2190/OM.69.1.b>
- Wemmers, J. A. (2013). Victims' experiences in the criminal justice system and their recovery from crime. *International Review of Victimology, 19*(3), 221–233. <https://doi.org/10.1177/0269758013492755>
- Williams, J. L., Burke, L. A., McDevitt-Murphy, M. E., et Neimeyer, R. A. (2012). Responses to loss and health functioning among homicidally bereaved African Americans. *Journal of Loss and Trauma, 17*(4), 358–375. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.635583>
- Williams, J. L., et Rheingold, A. A. (2015). Barriers to care and service satisfaction following homicide loss: Associations with mental health outcomes. *Death Studies, 39*(1-5), 12–18. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.846949>
- Zakarian, R. J., McDevitt-Murphy, M. E., Bellet, B. W., Neimeyer, R. A., et Burke, L. A. (2019). Relations among meaning making, PTSD, and complicated grief following homicide loss. *Journal of Loss and Trauma, 24*(3), 279–291. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1565111>

CHAPITRE 3: ARTICLE 2: PTSD SYMPTOMS AND LIFE SATISFACTION OF HOMICIDALLY BEREAVED INDIVIDUALS: TRIAL ATTENDANCE, TRIAL-RELATED FACTORS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

- Alves-Costa F., Hamilton-Giachritsis C., Christie H., Halligan S. L. (2018). Self-perception of adaptation among homicidally bereaved individuals following a psychoeducational intervention: A UK longitudinal qualitative study. *BMJ Open, 8*(8), e202443. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020443>
- Alves-Costa F., Hamilton-Giachritsis C., Halligan S. (2021). Everything changes": Listening to homicidally bereaved individuals' practice and intervention needs. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(5-6), n2954–n2974. <https://doi.org/10.1177/0886260518766558>

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- Andrews B., Brewin C. R., Rose S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 421–427. <https://doi.org/10.1023/A:1024478305142>
- Arnberg F. K., Hultman C. M., Michel P. O., Lundin T. (2012). Social support moderates posttraumatic stress and general distress after disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 721–727. <https://doi.org/10.1002/jts.21758>
- Ashbaugh A. R., Houle-Johnson S., Herbert C., El-Hage W., Brunet A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One*, 11(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Bailey A., Sharma M., Jubin M. (2013). The mediating role of social support, cognitive appraisal, and quality health care in black mothers' stress-resilience process following loss to gun violence. *Violence and Victims*, 28(2), 233–247.
- Baliko B., Tuck I. (2008). Perceptions of survivors of loss by homicide: Opportunities for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(5), 26–34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080501-02>
- Bastomski S., Duane M. (2018). *Research Brief: Homicide Co-victimization*. Center for Victim Research. July.
- Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L. M., Kaloupek D. G., Klauminzer G., Charney D. S., Keane T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K., Domino J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Burke L. A., Neimeyer R. A., McDevitt-Murphy M. E. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *Omega*, 61(1), 1–24. <https://doi.org/10.2190/OM.61.1.a>
- Campbell R., Wasco S. M., Ahrens C. E., Sefl T., Barnes H. E. (2001). Preventing the “Second Rape”: Rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239–1259. <https://doi.org/10.1177/088626001016012002>
- Cieslak R., Benight C. C., Caden Lehman V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 788–798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.007>
- Colquitt J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386–400. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.3.386>

- Connolly J., Gordon R. (2015). Co-victims of homicide: A systematic review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 16(4), 494–505. <https://doi.org/10.1177/1524838014557285>
- Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Djelantik A. A. A. M. J., Aryani P., Boelen P. A., Lesmana C. B. J., Kleber R. J. (2021). Prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression following traffic accidents among bereaved Balinese family members: Prevalence, latent classes and cultural correlates. *Journal of Affective Disorders*, 292, 773–781. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.085>
- Engelhard I. M., Van Den Hout M. A., Weerts J., Arntz A., Hox J. J. C. M., McNally R. J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 191(2), 140–145. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034884>
- Englebrect C., Mason D. T., Adams M. J. (2014). The experiences of homicide victims' families with the criminal justice system: An exploratory study. *Violence and Victims*, 29(3), 407–421. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00151>
- Faul F., Erdfelder E., Lang A. G., Buchner A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Feldthusen B., Hankivsky O., Greaves L. (2000). Therapeutic consequences of civil actions for damages and compensation claims by victims of sexual abuse. *Canadian Journal of Women and the Law*, 12(1), 66.
- Gekoski A., Adler J. R., Gray J. M. (2013). Interviewing women bereaved by homicide: Reports of secondary victimization by the criminal justice system. *International Review of Victimology*, 19(3), 307–329. <https://doi.org/10.1177/0269758013494136>
- Gray S. H. (2006). *Crime victim's psychological trauma and satisfaction with the criminal justice system: mediated by coping style*. [Master's thesis, University of Montreal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/16606/Gray_Sharon_H_2005_memoire.pdf?sequence=1
- Gros D. F., Flanagan J. C., Korte K. J., Mills A. C., Brady K. T., Back S. E. (2016). Relations among social support, PTSD symptoms, and substance use in veterans. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(7), 764–770. <https://doi.org/10.1037/adb0000205>
- Hannays-King C., Bailey A., Akhtar M. (2015). Social support and Black mothers' bereavement experience of losing a child to gun homicide. *Bereavement Care*, 34(1), 10–16. <https://doi.org/10.1080/02682621.2015.1028199>
- Hayes A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>

- Holeva V., Tarrier N., Wells A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32(1), 65–83. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(01\)80044-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(01)80044-7)
- Hu M., Wu X., Qiu S. (2024). Life satisfaction among Chinese aged workers: Interplay of organizational justice, workplace emotions, and subjective age perception. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 23–37. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S440168>
- Kunst M., Popelier L., Varekamp E. (2015). Victim satisfaction with the criminal justice system and emotional recovery: A systematic and critical review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 16(3), 336–358. <https://doi.org/10.1177/1524838014555034>
- Lake S., Kerr T., Buxton J., Walsh Z., Marshall B. D., Wood E., Milloy M. J. (2020). Does cannabis use modify the effect of post-traumatic stress disorder on severe depression and suicidal ideation? Evidence from a population-based cross-sectional study of Canadians. *Journal of Psychopharmacology*, 34(2), 181–188. <https://doi.org/10.1177/0269881119882806>
- Lens K. M., Pemberton A., Brans K., Braeken J., Bogaerts S., Lahlah E. (2015). Delivering a victim impact statement: Emotionally effective or counter-productive? *European Journal of Criminology*, 12(1), 17–34. <https://doi.org/10.1177/1477370814538778>
- Lepore S. J. (2001). A social–cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In Baum A., Andersen B. L. (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99–116). American Psychological Association.
- Mastrocinque J. M., Metzger J. W., Madeira J., Lang K., Pruss H., Navratil P. K., Sandys M., Cerulli C. . . . (2015). I’m still left here with the pain: Exploring the health consequences of homicide on families and friends. *Homicide Studies*, 19(4), 326–349. <https://doi.org/10.1177/1088767914537494>
- McDevitt-Murphy M. E., Neimeyer R. A., Burke L. A., Williams J. L., Lawson K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 4(3), 303–311. <https://doi.org/10.1037/a0024911>
- Metzger J., Mastrocinque J. M., Navratil P., Cerulli C. (2015). Improving systematic response in the face of homicide: Family and friends of homicide victims service needs. *Violence and Victims*, 30(3), 522–532. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00140>
- Miller L. (2009). Family survivors of homicide: I. Symptoms, syndromes, and reaction patterns. *American Journal of Family Therapy*, 37(1), 67–79. <https://doi.org/10.1080/01926180801960625>
- Morissette M., Wemmers J. A. (2016). The therapeutic influence of the perception of informational and interpersonal justice on post-traumatic stress symptoms in crime victims. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 58(1), 31–55. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2014.f03>
- Muthén L. K., Muthén B. O. (2002). How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. *Structural Equation Modeling A Multidisciplinary Journal*, 9(4), 599–620. https://doi.org/10.1207/s15328007sem0904_8

- Oexle N., Sheehan L. (2020). Perceived social support and mental health after suicide loss. *Crisis*, 41(1), 65–69. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000594>
- Orth U. (2002). Secondary victimization of crime victims by criminal proceedings. *Social Justice Research*, 15(4), 313–325. <https://doi.org/10.1023/A:1021210323461>
- Orth U. (2004). Does perpetrator punishment satisfy victims' feelings of revenge? *Aggressive Behavior*, 30(1), 62–70. <https://doi.org/10.1002/ab.20003>
- Orth U., Maercker A. (2004). Do trials of perpetrators retraumatize crime victims? *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 212–227. <https://doi.org/10.1177/0886260503260326>
- Pastia C., Palys T. (2016). 'I don't know what you people are so concerned about': Homicide survivors' experience with the Canadian criminal justice system. *Contemporary Justice Review*, 19(3), 401–413. <https://doi.org/10.1080/10282580.2016.1185944>
- Pavot W., Diener E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Redmond L. M. (1989). *Surviving: When someone you love was murdered: A professional's guide to group grief therapy for families and friends of murder victims*. Psychological Consultation and Education services.
- Reed M. D., Caraballo K. (2022). Voice of the victims: Accounts of secondary victimization with the court system among homicide co-victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13-14), n10832–n10861. <https://doi.org/10.1177/0886260521989732>
- Regehr C., Alaggia R. (2006). Perspectives of justice for victims of sexual violence. *Victims & Offenders*, 1(1), 33–46. <https://doi.org/10.1080/15564880500498721>
- Rheingold A. A., Williams J. L. (2015). Survivors of homicide: Mental health outcomes, social support, and service use among a community-based sample. *Violence and Victims*, 30(5), 870–883. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00026>
- Rheingold A. A., Zinzow H., Hawkins A., Saunders B. E., Kilpatrick D. G. (2012). Prevalence and mental health outcomes of homicide survivors in a representative US sample of adolescents: Data from the 2005 National Survey of Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 687–694. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02491.x>
- Scott H. R., Pitman A., Kozhuharova P., Lloyd-Evans B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry*, 20(1), 265–320. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4>
- Setti I., Laurel M., Argentero P. (2016). The role of affective commitment and perceived social support in protecting emergency workers against burnout and vicarious traumatization. *Traumatology*, 22(4), 261–270. <https://doi.org/10.1037/trm0000072>

- Sharpe T. L., Iwamoto D. K. (2022). Psychosocial aspects of coping that predict post-traumatic stress disorder for African American survivors of homicide victims. *Preventive medicine*, 165, 107277. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107277>
- Shin D. C., Johnson D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1-4), 475–492. <https://doi.org/10.1007/BF00352944>
- Simmons C. A., Duckworth M., Tyler E. (2014). Getting by after a loved one's death by homicide: The relationship between case status, trauma symptoms, life satisfaction, and coping. *Violence and Victims*, 29(3), 506–522. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00114>
- Soydas S., Smid G. E., Goodfellow B., Wilson R., Boelen P. A. (2020). The UK national homicide therapeutic service: A retrospective naturalistic study among 929 bereaved individuals. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 878. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00878>
- Stretesky P. B., Shelley T. O., Hogan M. J., Unnithan N. P. (2010). Sense-making and secondary victimization among unsolved homicide co-victims. *Journal of Crime and Justice*, 38(5), 880–888. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.06.003>
- Tabachnick B. G., Fidell L. S. (Eds.). (2013). *Using multivariate statistics* (6th : pearson new international ition ed.). Pearson Education.
- Thiel D. (2016). Moral truth and compounded trauma: The effects of acquittal of homicide defendants on the families of the victims. *Homicide Studies*, 20(3), 199–219. <https://doi.org/10.1177/1088767915600200>
- Thompson M. P., Norris F. H., Ruback R. B. (1996). System influences on posthomicide beliefs and distress. *American Journal of Community Psychology*, 24(6), 785–809. <https://doi.org/10.1007/BF02511035>
- Tontodonato P., Erez E. (1994). Crime, punishment, and victim distress. *International Review of Victimology*, 3(1-2), 33–55. <https://doi.org/10.1177/026975809400300203>
- Van Den Bos K., Lind E. A. (2002). Uncertainty management by means of fairness judgments. In Zanna M. P. (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 34, pp. 1–60). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(02\)80003-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(02)80003-X)
- van Denderen M., de Keijser J., Huisman M., Boelen P. A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(2), 207–227. <https://doi.org/10.1177/0886260514555368>
- van Denderen M., de Keijser J., Kleen M., Boelen P. A. (2015). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: A systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 16(1), 70–80. <https://doi.org/10.1177/1524838013515757>
- Wellman A. R. (2014). Faith without answers: The use of religion among cold case homicide survivors. *Omega*, 69(1), 19–39. <https://doi.org/10.2190/OM.69.1.b>

- Wemmers J. A. (2013). Victims' experiences in the criminal justice system and their recovery from crime. *International Review of Victimology*, 19(3), 221–233. <https://doi.org/10.1177/0269758013492755>
- Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zinzow H. M., Rheingold A. A., Hawkins A. O., Saunders B. E., Kilpatrick D. G. (2009). Losing a loved one to homicide: Prevalence and mental health correlates in a national sample of young adults. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 20–27. <https://doi.org/10.1002/jts.20377>

CHAPITRE 4: DISCUSSION GÉNÉRALE

- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., et Halligan, S. L. (2018). Self-perception of adaptation among homicidally bereaved individuals following a psychoeducational intervention: a UK longitudinal qualitative study. *BMJ open*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020443>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., van Denderen, M., et Halligan, S. (2021). Psychological Interventions for Individuals Bereaved by Homicide: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(4), 793–803. <https://doi.org/10.1177/1524838019881716>
- Arnberg, F. K., Hultman, C. M., Michel, P. O., et Lundin, T. (2012). Social support moderates posttraumatic stress and general distress after disaster. *Journal of traumatic stress*, 25(6), 721–727. <https://doi.org/10.1002/jts.21758>
- Asukai, N., Tsuruta, N., et Saito, A. (2011). Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 470–473. <https://doi.org/10.1002/jts.20662>.
- Baliko, B., et Tuck, I. (2008). Perceptions of survivors of loss by homicide: Opportunities for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(5), 26–34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080501-02>
- Barry, R. A., Bunde, M., Brock, R. L. et Lawrence, E. (2009). Validity and utility of a multidimensional model of received support in intimate relationships. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 48–57. <https://doi.org/10.1037/a0014174>
- Benight, C. C., Flores, J., et Ty Tas, C. (2001). Bereavement coping self-efficacy in cancer widows. *Death Studies*, 25(2), 97–125. <https://doi.org/10.1080/07481180125921>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., et Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): *Development and initial psychometric evaluation*. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

- Boelen, P. A., et O'Connor, M. (2022). Is a sense of coherence associated with prolonged grief, depression, and satisfaction with life after bereavement? A longitudinal study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(5), 1599-1610. <https://doi.org/10.1002/cpp.2774>
- Brillon, P. (2017). *Comment aider les victimes de stress post-traumatique : guide à l'intention des thérapeutes*. Éditions Québecor.
- Brown, L. A., Belli, G. M., Asnaani, A. et Foa, E. B. (2019). A review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 143–173. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9938-1>
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., McDevitt-Murphy, M. E., Ippolito, M. R., et Roberts, J. M. (2011). Faith in the wake of homicide: Religious coping and bereavement distress in an African American Sample. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 21(4), 289–307. <https://doi.org/10.1080/10508619.2011.607416>
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., et Barnes, H. E. (2001). Preventing the “Second Rape”: Rape survivors’ experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239–1259. <https://doi.org/10.1177/088626001016012002>
- Cieslak, R., Benight, C. C., et Caden Lehman, V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 788–798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.007>
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP checklist: for qualitative research.
- Currier, J. M., Irish, J. E., Neimeyer, R. A., et Foster, J. D. (2015). Attachment, continuing bonds, and complicated grief following violent loss: Testing a moderated model. *Death studies*, 39(1-5), 201-210. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.975869>
- Dagenais, P., Martin, V., et Renaud, J. (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- De Jongh, A. J. C. M., et Ten Broeke, E. (2019). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethodode voor de gevolgen van psychotrauma*. Pearson Assessment and Information.
- Debell, F., Fear, N. T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S., et Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(9), 1401-1425. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0855-7>
- Dehle, C., Larsen, D. et Landers, J. E. (2001). Social support in marriage. *American Journal of Family Therapy*, 29(4), 307-324. <https://doi.org/10.1080/01926180126500>
- Diener, E. (Ed.). (2009). *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (Vol. 39). Springer Science & Business Media.

- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., et Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Djelantik, A. A. A. M. J., Aryani, P., Boelen, P. A., Lesmana, C. B. J., et Kleber, R. J. (2021). Prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression following traffic accidents among bereaved Balinese family members: Prevalence, latent classes and cultural correlates. *Journal of Affective Disorders*, 292, 773–781. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.085>
- Dyregrov, A., Frykholm, A. M., Lilled, L., Broberg, A. G., et Holmberg, I. (2003). The Göteborg discothèque fire, 1998. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(5), 449-457. <https://doi.org/10.1046/j.1467-9450.2003.00366.x>
- Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., Weerts, J., Arntz, A., Hox, J. J. C. M., et McNally, R. J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 191(2), 140-145. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034884>
- Englebrecht, C. (2011). The Struggle for “Ownership of Conflict”: An Exploration of Victim Participation and Voice in the Criminal Justice System. *Criminal Justice Review*, 36(2), 129–151. <https://doi.org/10.1177/0734016811399419>
- Englebrecht, C., Mason, D. T., et Adams, M. J. (2014). The experiences of homicide victims' families with the criminal justice system: an exploratory study. *Violence & Victims*, 29(3), 407-421. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00151>
- Enoksen, E. (2015). Examining the dimensionality of Colquitt's Organizational Justice Scale in a public health sector context. *Psychological reports*, 116(3), 723-737. <https://doi.org/10.2466/01.PRO.116k26w0>
- Feldthusen, B., Hankivsky, O., et Greaves, L. (2000). Therapeutic consequences of civil actions for damages and compensation claims by victims of sexual abuse. *Canadian Journal of Women & the Law*, 12(1), 66-116.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., et Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide. New York, NY: Oxford University Press.
- Gekoski, A., Adler, J. R., et Gray, J. M. (2013). Interviewing women bereaved by homicide: Reports of secondary victimization by the criminal justice system. *International Review of Victimology*, 19(3), 307-329. <https://doi.org/10.1177/0269758013494136>
- Gómez de La Cuesta, G., Schweizer, S., Diehle, J., Young, J., et Meiser-Stedman, R. (2019). The relationship between maladaptive appraisals and posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1620084>
- Gray, S. H. (2005). Crime victim's psychological trauma and satisfaction with the criminal justice system: mediated by coping style [Thèse de maîtrise non-publiée]. Université de Montréal.

- Heeke, C., Franzen, M., Hofmann, H., Knaevelsrud, C., et Lenferink, L. I. (2022). A latent class analysis on symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression following the loss of a loved one. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.878773>
- Hu, M., Wu, X., et Qiu, S. (2024). Life Satisfaction Among Chinese Aged Workers: Interplay of Organizational Justice, Workplace Emotions, and Subjective Age Perception. *Psychology Research and Behavior Management*, *17*, 23–37. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S440168>
- Jankowski, M. K., Schnurr, P. P., Adams, G. A., Green, B. L., Ford, J. D., et Friedman, M. J. (2004). A mediational model of PTSD in World War II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(4), 303–310. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038478.63664.5f>
- Jann, P., Netzer, J., et Hecker, T. (2024). Traumatic loss: A systematic review of potential risk factors differentiating between posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder. *European journal of psychotraumatology*, *15*(1), 2371762. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2371762>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, *7*(2), 113-136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Joseph, S., Williams, R., et Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on posttraumatic stress. *Clinical Psychology Review*, *15*(6), 515-544. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00029-0](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00029-0)
- Keles, E., Bilge, Y., Kumru, P., Celik, Z., et Cokeliler, I. (2023). Association between perceived social support, marital satisfaction, differentiation of self and perinatal depression. *Northern Clinics of Istanbul*, *10*(2), 181–188. <https://doi.org/10.14744/nci.2023.79923>
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Saunders, B.E., et Best, C.L. (1989). The national women’s study PTSD module. *Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.*
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. et Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kunst, M. J. J. (2011). PTSD symptom clusters, feelings of revenge, and perceptions of perpetrator punishment severity in victims of interpersonal violence. *International journal of law and psychiatry*, *34*(5), 362-367. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.08.003>
- Lebel, S., et Brillon, P. (2025). PTSD Symptoms and Life Satisfaction of Homicidally Bereaved Individuals: Trial Attendance, Trial-Related Factors, and Perceived Social Support. *Homicide Studies*. <https://doi.org/10.1177/10887679251357017>

- Lebel, S., Dewar, M. et Brillon, P. (2022). Translation, validation and exploration of the factor structure in the French version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(8), 648-658. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/07067437221087085>
- Lebel, S., Lépine, O., et Brillon, P. (2024). Mental Health of Homicidally Bereaved Individuals: A Systematic Review of Post-Homicide Factors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228241245751>
- Lenferink, L. I. M., van Denderen, M. Y., de Keijser, J., Wessel, I., et Boelen, P. A. (2017). Prolonged grief and post-traumatic stress among relatives of missing persons and homicidally bereaved individuals: A comparative study. *Journal of Affective Disorders*, 209, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.012>
- Lens, K. M., Pemberton, A., Brans, K., Braeken, J., Bogaerts, S., et Lahlah, E. (2015). Delivering a Victim Impact Statement: Emotionally effective or counter-productive? *European Journal of Criminology*, 12(1), 17-34. <https://doi.org/10.1177/1477370814538778>
- Lépine, O., Brillon, P. et Lebel, S. (2023). Interpersonal trauma in gay men: A systematic review of post-aggression risk and protective factors for PTSD. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 29(1), 1–27. <https://doi.org/10.1080/19359705.2023.2239740>
- Lepore, S. J. (2001). A social–cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. Dans A. Baum et B. L. Andersen (Dir.), *Psychosocial interventions for cancer* (p. 99–116). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10402-006>
- Littleton, H. L. (2010). The impact of social support and negative disclosure reactions on sexual assault victims: A cross-sectional and longitudinal investigation. *Journal of trauma & dissociation*, 11(2), 210-227. <https://doi.org/10.1080/15299730903502946>
- Marsolais, É., Mongeau, S., et Dubé, M. (2014). Le point de vue des parents sur les pratiques rituelles mises en place suite au suicide de leur adolescent [Dissertation, Université du Québec à Montréal]. <http://www.archipel.uqam.ca/6902/>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., et Battaglini, A. (1998). The Structure of Mental Health: Higher-Order Confirmatory Factor Analyses of Psychological Distress and Well-Being Measures. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 475–504. <https://doi.org/10.1023/A:1006992032387>
- Matthews, L. T., et Marwit, S. J. (2004). Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness. *OMEGA*, 48(2), 115-136. <https://doi.org/10.2190/KCB0-NNVB-UGY6-NPYR>
- McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Williams, J. L., et Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303-311. <https://doi.org/10.1037/a0024911>
- McLean, C.P., Foa, E.B. (2022). Prolonged Exposure Therapy. Dans Schnyder, U. et Cloitre, M. (Dir.) *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97802-0_8

- Metzger, J., Mastrocinque, J. M., Navratil, P., et Cerulli, C. (2015). Improving systematic response in the face of homicide: Family and friends of homicide victims service needs. *Violence & Victims, 30*(3), 522-532. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00140>
- Morissette, M., et Wemmers, J. (2016). L'influence thérapeutique de la perception de justice informationnelle et interpersonnelle sur les symptômes de stress post-traumatique des victimes de crimes. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 58*(1), 31–55. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2014.F03>
- Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C., et Beaton, R. D. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress, 12*(2), 273–291. <https://doi.org/10.1023/A:1024724425597>
- Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C., et Beaton, R. D. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress, 12*(2), 273–291. <https://doi.org/10.1023/A:1024724425597>
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., et Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies, 27*(1), 39–61. <https://doi.org/10.1080/07481180302871>
- Oexle, N., et Sheehan, L. (2019). Perceived social support and mental health after suicide loss. *Crisis, 41*(1), 65–69. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000594>
- Orth, U. (2002). Secondary victimization of crime victims by criminal proceedings. *Social Justice Research, 15*(4), 313–325. <https://doi.org/10.1023/A:1021210323461>
- Orth, U., et Maercker, A. (2004). Do trials of perpetrators retraumatize crime victims? *Journal of Interpersonal Violence, 19*(2), 212–227. <https://doi.org/10.1177/0886260503260326>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., et Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology, 134*, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003>
- Parappully, J., Rosenbaum, R., Van Den Daele, L., & Nzewi, E. (2002). Thriving after trauma: The experience of parents of murdered children. *Journal of Humanistic Psychology, 42*(1), 33–70. <https://doi.org/10.1177/0022167802421003>
- Parappully, J., Rosenbaum, R., Van Den Daele, L., et Nzewi, E. (2002). Thriving after trauma: The experience of parents of murdered children. *Journal of Humanistic Psychology, 42*(1), 33-70. <https://doi.org/10.1177/0022167802421003>
- Reed, M. D., et Caraballo, K. (2022). Voice of the victims: Accounts of secondary victimization with the court system among homicide co-victims. *Journal of interpersonal violence, 37*(13-14), NP10832–NP10861. <https://doi.org/10.1177/0886260521989732>

- Regehr, C., Alaggia, R., Lambert, L., et Saini, M. (2008). Victims of Sexual Violence in the Canadian Criminal Courts. *Victims & Offenders*, 3(1), 99–113.
<https://doi.org/10.1080/15564880701783699>
- Rheingold, A. A., Baddeley, J. L., Williams, J. L., Brown, C., Wallace, M. M., Correa, F., et Rynearson, E. K. (2015). Restorative Retelling for Violent Death: An Investigation of Treatment Effectiveness, Influencing Factors, and Durability. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 541–555.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2014.957602>
- Rheingold, A. A., Zinzow, H., Hawkins, A., Saunders, B. E., et Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and Mental Health Outcomes of Homicide Survivors in a Representative US Sample of Adolescents: Data from the 2005 National Survey of Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 687–694. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02491.x>
- Rynearson, E. K. (2001). *Retelling violent death*. Routledge.
- Rynearson, E. K., Correa, F., Favell, J., Saindon, C., et Prigerson, H. (2006). Restorative retelling after violent death. Dans E. K. Rynearson (dir.), *Violent death: Resilience and intervention beyond the crisis* (p. 195–216). Routledge.
- Saindon, C., Rheingold, A. A., Baddeley, J., Wallace, M. M., Brown, C., et Rynearson, E. K. (2014). Restorative retelling for violent loss: An open clinical trial. *Death Studies*, 38(4), 251–258.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2013.783654>
- Scott, C. K., Sonis, J., Creamer, M., et Dennis, M. L. (2006). Maximizing follow-up in longitudinal studies of traumatized populations. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 757–769.
- Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., et Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-20.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4>
- Servaty-Seib, H. L., et Pistole, M. C. (2007). Adolescent grief: Relationship category and emotional closeness. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 54(2), 147–167. <https://doi.org/10.2190/M002-1541-JP28-4673>
- Setti, I., Lourel, M. et Argentero, P. (2016). The role of affective commitment and perceived social support in protecting emergency workers against burnout and vicarious traumatization. *Traumatology*, 22(4), 261-270. <https://doi.org/10.1037/trm0000072>
- Sharpe, T. L., et Iwamoto, D. K. (2022). Psychosocial aspects of coping that predict post-traumatic stress disorder for African American survivors of homicide victims. *Preventive medicine*, 165.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107277>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., et Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601–2608.
<https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>

- Simmons, C. A., Duckworth, M., et Tyler, E. (2014). Getting by after a loved one's death by homicide: The relationship between case status, trauma symptoms, life satisfaction, and coping. *Violence and Victims, 29*(3), 506–522. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00114>
- Soydas, S., Smid, G. E., Goodfellow, B., Wilson, R., et Boelen, P. A. (2020). The UK national homicide therapeutic service: A retrospective naturalistic study among 929 bereaved individuals. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 878. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00878>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior, 52*(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Levis, A. W., et Benedetti, A. (2018). Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *Cmaj, 190*(2), E44-E49. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170691>
- Thompson, M. P., Norris, F. H., et Ruback, R. B. (1996). System influences on posthomicide beliefs and distress. *American Journal of Community Psychology, 24*(6), 785–809. <https://doi.org/10.1007/BF02511035>
- Tuck, I., Baliko, B., Schubert, M. A., et Anderson, L. (2012). A pilot study of a weekend retreat intervention for family survivors of homicide. *Western Journal of Nursing Research, 34*(6), 766–794. <https://doi.org/10.1177/0193945912443011>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 30*(4), 662–680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- van Denderen, M., de Keijser, J., Huisman, M., et Boelen, P. A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of interpersonal violence, 31*(2), 207-227. <https://doi.org/10.1177/0886260514555368>
- van Denderen, M., de Keijser, J., Kleen, M., et Boelen, P. A. (2015). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse, 16*(1), 70–80. <https://doi.org/10.1177/1524838013515757>
- van Denderen, M., Keijser, J., Stewart, R., et Boelen, P. A. (2018). Treating complicated grief and posttraumatic stress in homicidally bereaved individuals: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(4), 497–508. <https://doi.org/10.1002/cpp.2183>
- Waller, M., McGuire, A. C. L., et Dobson, A. J. (2015). Alcohol use in the military: associations with health and wellbeing. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 10*, 27. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0023-4>
- Wang, X., et Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: Strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest, 158*(1), S65–S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>

- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., et Keane T. (1993, octobre). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility. Dans *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX (Vol. 462)*.
- Weinberg, M., Harel, H., Shamani, M., Or-Chen, K., Ron, P., et Gil, S. (2017). War and well-being: The association between forgiveness, social support, posttraumatic stress disorder, and well-being during and after war. *Social work, 62*(4), 341-348. <https://doi.org/10.1093/sw/swx043>
- Wemmers, J. A. (2013). Victims' experiences in the criminal justice system and their recovery from crime. *International review of victimology, 19*(3), 221-233. <https://doi.org/10.1177/1524838014555034>
- Zalta, A. K., Tirone, V., Orłowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E. et Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 147*(1), 33–54. <https://doi.org/10.1037/bul0000316>
- Zinzow, H. M., Rheingold, A. A., Byczkiewicz, M., Saunders, B. E., et Kilpatrick, D. G. (2011). Examining posttraumatic stress symptoms in a national sample of homicide survivors: prevalence and comparison to other violence victims. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 743–746. <https://doi.org/10.1002/jts.20692>