

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FACTEURS PRÉVISIONNELS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTAT DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE À LA SUITE D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE CHEZ LES
POLICIERS

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MÉLISSA MARTIN

MARS 2010

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.01-2006). 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 désire avant tout remercier mon directeur de thèse, Monsieur André Marchand, professeur titulaire à l'Université du Québec à Montréal. André, je voudrais d'abord te remercier pour ta grande disponibilité pendant ces huit années de parcours doctoral. Merci également de m'avoir aussi bien encadrée, tout en me laissant de l'autonomie. Tes qualités humaines et ton expertise font de toi un directeur de thèse convoité avec qui j'ai été heureuse de travailler. Merci de m'avoir acceptée comme étudiante et de continuer à m'offrir de belles opportunités. Je tiens aussi à souligner les contributions de mon codirecteur, Monsieur Richard Boyer. Richard, je te suis très reconnaissante pour tes précieux conseils au plan théorique et méthodologique.

J'aimerais remercier Monsieur Normand Martin, psychologue et chef de section au Programme d'aide aux policiers et policières de la Ville de Montréal qui a rendu possible cette étude sur le stress post-traumatique chez les policiers. Merci de m'avoir fait confiance pour aborder ce sujet délicat. Tu m'as fait découvrir le milieu policier, un monde des plus intéressants. Je tiens aussi à remercier le Service de Police de la Ville de Montréal ainsi que tous les membres du comité paritaire de nous avoir permis de réaliser cette recherche considérable. J'aimerais exprimer ma gratitude à Monsieur Yves Francoeur, président à la Fraternité des policiers et policières, pour sa collaboration et son appui pour le recrutement des participants. Merci évidemment à tous les policiers et policières qui ont participé à l'étude. Votre rigueur et votre assiduité font de vous de remarquables participants de recherche.

Cette vaste étude a sollicité l'aide de différents individus qui, pour plusieurs, ont bénévolement accepté de nous aider. Ainsi, je suis extrêmement reconnaissante aux personnes suivantes pour leur aide dans les différentes étapes du projet de recherche : Faya Dequoy, Cynthia Gagnon, Catherine Otis, Émilie Jetté, Annick Parent-Lamarche, Alain Janelle, Mélanie Leroux, Maxime Beaulieu et Marie-Éve Pelland. Merci bien sûr à Jean Bégin, statisticien, de m'avoir offert maintes consultations lorsque j'avais besoin d'aide au niveau des analyses statistiques.

Merci à la Fondation de l'Université du Québec à Montréal de m'avoir accordé mes premières bourses. Celles-ci m'ont aidée à obtenir ultérieurement du soutien financier d'organismes subventionnaires comme l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail et le Fonds Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture, deux organismes que je remercie vivement.

Merci à mes parents, Andrée et Serge, de m'avoir soutenue émotionnellement et financièrement pendant toutes mes études et de m'avoir toujours incitée à me dépasser. Merci à ma sœur, Alex, pour tous tes mots d'encouragements et ton appui. Merci à deux amies que je connais depuis si longtemps, Julie et Mélanie, pour votre soutien et votre amitié durable. Merci aussi à François de faire partie de ma vie et de m'avoir aidée dans les dernières étapes de réalisation de ce projet, tout aussi importantes, que les premières.

Je voudrais maintenant remercier des amies que j'ai connues pendant mes études. Céline, je ne te remercierai jamais assez pour ton implication dans ce projet. Tes connaissances informatiques ont été d'une grande utilité alors que je commençais cette étude et j'apprécie ta vivacité et ta bonne humeur. Merci à mes autres compagnes de doctorat, Mariko, Andréa, Catherine, Roseline, Nancy, Édith et les autres. Marie-Hélène, ma partenaire de congrès, tu es devenue une experte dans ton domaine et tu continues de m'épater. Je voudrais particulièrement remercier Vanessa, Alessandra et Line. Nous avons réussi à traverser cette étape et ce parcours n'aurait pas été aussi agréable sans vous trois. Line, merci pour ton humour qui a su mettre de la vie dans notre corridor commun. Alex, merci pour ton amitié qui est composée d'écoute, de disponibilité et de soutien émotionnel. Vanessa, merci d'avoir ponctué notre parcours doctoral de merveilleux moments passés à l'étranger comme au Québec. Tu es une amie que j'estime grandement.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	11
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	13
RÉSUMÉ	15
CHAPITRE I INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.1 Mise en contexte.....	3
1.1.1 Définition de l'ÉSPT	3
1.1.2 Conséquences de l'ÉSPT.....	4
1.1.3 ÉSPT clinique vs partiel	6
1.1.4 Coûts associés à l'ÉSPT	7
1.1.5 Prévalence de l'ÉSPT	7
1.2 Les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT.....	8
1.2.1 Facteurs prétraumatiques.....	11
1.2.1.1 Facteurs de risque chez diverses populations.....	11
1.2.1.2 Facteurs de risque chez les policiers	15
1.2.1.3 Facteurs de protection chez diverses populations	16
1.2.1.4 Facteurs de protection chez les policiers.....	19
1.2.2 Facteurs péritraumatiques.....	20
1.2.2.1 Facteurs de risque chez diverses populations.....	20
1.2.2.2 Facteurs de risque chez les policiers	23
1.2.2.3 Facteurs de protection	24
1.2.3 Facteurs post-traumatiques	24
1.2.3.1 Facteurs de risque chez diverses populations.....	24
1.2.3.2 Facteurs de risque chez les policiers	27
1.2.3.3 Facteurs de protection chez diverses populations	27
1.2.3.4 Facteurs de protection chez les policiers.....	28
1.2.4 Ampleur de l'effet des facteurs prévisionnels	29
1.2.5 Autres facteurs prévisionnels	30
1.3 Limites des connaissances actuelles.....	31

1.4	Objectifs et hypothèses de recherche	32
1.4.1	Objectif général de la recherche	33
1.4.2	Hypothèses de recherche.....	33
1.4.2.1	Premier article.....	33
1.4.2.2	Deuxième article.....	34
1.5	Contenu de la thèse.....	35

CHAPITRE II PRÉDICTEURS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES POLICIERS

		37
Résumé.....		41
Abstract.....		43
Predictors of PTSD in Police.....		45
Pretraumatic Factors.....		45
Peritraumatic Factors.....		46
Posttraumatic Factors		46
Predictors in Other Populations.....		47
Method		48
Participants		48
Procedure.....		49
Measures.....		50
Diagnosis of PTSD.....		50
Demographics.		50
Pretraumatic factors		50
Peritraumatic factors		52
Posttraumatic factors.....		53
Research Design.....		54
Statistical Analyses		54
Results		54
Prevalence of PTSD		54
Prediction of PTSD Symptoms		55
Discussion.....		58

Peritraumatic Predictors of PTSD.....	58
Dissociation.....	59
Trauma Severity.....	59
Social Support.....	60
Hypothetical Predictors.....	61
Clinical Implications.....	61
Limitations and Strengths.....	61
Future Research.....	62
CHAPITRE III CONSÉQUENCES DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES AU TRAVAIL SUR LA PSYCHOPATHOLOGIE ET L'UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ DES POLICIERS.....	69
Résumé.....	73
Abstract.....	75
Consequences of PTSD.....	77
Objectives.....	78
Method.....	79
Participants.....	79
Trauma-exposed police.....	79
Non-exposed police.....	80
Procedure.....	80
Measures.....	81
Demographics and personal trauma history.....	81
Assessment of PTSD.....	81
Measures of psychopathology.....	82
Measures of healthcare use.....	82
Measure of hardiness.....	82
Measure of coping.....	83
Research Design.....	83
Statistical Analyses.....	83
Results.....	84
Comparison between Trauma-Exposed Police and Non-Exposed Police.....	84

Demographics	84
Psychopathology	84
Hardiness and coping	84
Prevalence of PTSD among Trauma-Exposed Police	85
Comparison between the Three Groups of Trauma-Exposed Police	85
Demographics	85
Impact of Full PTSD	88
Subsequent psychopathology	88
Healthcare use	88
Hardiness and coping	88
Impact of Partial PTSD	88
Subsequent psychopathology	88
Healthcare use	89
Hardiness and coping	89
Discussion	89
Prevalence of PTSD	89
Impact of Exposure to Duty-Related Traumatic Events	90
Impact of PTSD on Subsequent Psychopathology	90
Impact of PTSD on Healthcare Use	91
Impact of PTSD on Hardiness and Coping	92
Clinical Implications	93
Limitations and Strengths	94
Future Research	95
CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE	101
4.1 Synthèse des principaux résultats	103
4.1.1 Prédicteurs de l'ÉSPT	103
4.1.2 Facteurs prévisionnels non significatifs	104
4.1.3 Impact de l'exposition à un ÉT et du développement d'un ÉSPT	105
4.2 Modèle théorique de l'ÉSPT	106
4.2.1 Le modèle cognitif d'Ehlers et Clark (2000)	108

4.2.1.1	Perception de menace imminente et évaluations négatives.....	110
4.2.1.2	Nature du souvenir traumatique et conditionnement classique à l'ÉT110	
4.2.1.3	Stratégies cognitives et comportementales.....	111
4.2.1.4	Traitement cognitif pendant le trauma	112
4.2.1.5	Facteurs pré, péri et post-traumatiques	112
4.2.2	Synthèse du modèle d'Ehlers et Clark.....	113
4.3	Une intégration des connaissances actuelles sur la dissociation.....	114
4.3.1	Qu'est-ce que la dissociation?	114
4.3.2	À quoi sert la dissociation?.....	115
4.3.3	Une distinction entre la dissociation péritraumatique et persistante.....	116
4.4	Le soutien social.....	119
4.5	Relation entre soutien social et dissociation	120
4.6	Implications cliniques des résultats.....	122
4.6.1	Prévention primaire	123
4.6.2	Prévention secondaire.....	125
4.6.3	Dépistage et évaluation.....	127
4.6.4	Prévention tertiaire	129
4.7	Considérations méthodologiques	132
4.7.1	Limites du programme de recherche	132
4.7.2	Forces et retombées du programme de recherche.....	134
4.8	Pistes de recherches futures.....	135
4.8.1	Déterminer les facteurs prévisionnels optimaux	135
4.8.2	Examiner la fluctuation de l'impact des facteurs prévisionnels.....	136
4.8.3	Opérationnaliser les variables et utiliser une terminologie commune.....	136
4.8.4	Privilégier une entrevue diagnostique et utiliser des instruments validés	137
4.8.5	Étudier le soutien social sous toutes ces facettes	138
4.8.6	Poursuivre l'étude de la dissociation et établir une conceptualisation commune.....	138
4.8.7	Étudier l'impact de l'ÉSPT partiel	139
4.8.8	Étudier les populations à haut risque et utiliser des mesures pré-post	140

4.8.9	Préciser les mécanismes causaux et sous-jacents	140
4.8.10	Étudier d'autres facteurs prévisionnels et des populations variées	142
4.9	Conclusion générale	143
APPENDICE A CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DE L'ÉTAT DE STRESS AIGU.....		145
APPENDICE B TABLEAUX SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....		151
APPENDICE C ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES.....		163
APPENDICE D TABLEAU SUR LES STRATÉGIES D'INTERVENTION LIÉES AU SOUTIEN SOCIAL		167
APPENDICE E FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE.....		171
APPENDICE F ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES DES POLICIERS IMPLIQUÉS DANS UN ÉVÉNEMENT MARQUANT.....		177
APPENDICE G ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES DES POLICIERS NON IMPLIQUÉS DANS UN ÉVÉNEMENT MARQUANT.....		233
APPENDICE H ENTREVUE CLINIQUE		265
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE		335

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

CHAPITRE II

Tableau 1	Association Between Potential Predictors and Presence of Full and Partial PTSD in a Simple Logistic Regression.....	56
-----------	---	----

CHAPITRE III

Tableau 1	Relationships Between Posttraumatic Stress Disorder and Psychopathology, Healthcare use, Hardiness and Coping.....	86
-----------	--	----

CHAPITRE IV

Figure 4.1	Le modèle d'Ehlers et Clark (2000) revisité.....	109
------------	--	-----

APPENDICE

Tableau B.1	Regroupement des facteurs étiologiques les plus probants de l'état de stress post-traumatique.....	153
Tableau B.2	Recension des écrits synthétisée.....	154
Tableau B.3	Ampleur de l'effet des facteurs prévisionnels selon deux méta-analyses.....	161
Tableau D.1	Cible d'intervention, objectifs et stratégies pouvant améliorer le soutien social d'un individu en ÉSPT.....	169

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
APSAM	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur « affaires municipales »
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
ÉSA	État de stress aigu
ÉSPT	État de stress post-traumatique
ÉT	Événement traumatique
NICE	National Institute for Clinical Excellence
PAPP	Programme d'aide aux policiers et policières
SPVM	Service de Police de la Ville de Montréal

RÉSUMÉ

Les événements traumatiques (ÉT) peuvent susciter des séquelles psychologiques importantes pour les individus qui en sont victimes, comme un état de stress post-traumatique (ÉSPT). Les policiers représentent une population à risque d'être exposée à des ÉT dans le cadre de leur travail et sont donc susceptibles de développer un ÉSPT. Ce trouble peut amener des répercussions considérables sur le fonctionnement psychosocial, la qualité de vie des individus qui en souffrent, entraîner une interférence marquée au niveau du travail et peut conduire à des coûts sociaux exorbitants. Ainsi, après l'exposition à un ÉT, il importe de pouvoir distinguer les facteurs qui influencent le développement et le maintien de réactions post-traumatiques (facteurs de risque) de ceux qui favorisent un retour plus rapide à une vie normale en prévenant l'apparition de symptômes post-traumatiques ou en atténuant leur intensité (facteurs de protection). L'identification des prédicteurs de l'ÉSPT chez une population policière s'avère primordiale et permettra de développer ultérieurement des stratégies de prévention et d'intervention efficaces.

Le chapitre I présente une recension des principaux facteurs prévisionnels pouvant influencer l'ÉSPT dans la population générale et chez les policiers. Le chapitre II comprend un article empirique qui porte sur les facteurs de risque et de protection qui prédisent les réactions post-traumatiques chez une population de policiers. Le chapitre III dévoile les résultats d'un deuxième article empirique qui examine l'impact de l'exposition à un ÉT et l'impact d'un ÉSPT chez les policiers. Finalement, le chapitre IV présente une discussion générale et une analyse critique des résultats obtenus dans les deux articles empiriques tout en exposant des considérations méthodologiques, des pistes de recherche futures et des implications cliniques.

Mots-clés : État de stress post-traumatique, prédicteurs, facteurs de risque, facteurs de protection, policiers, facteurs prévisionnels.

CHAPITRE I
INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Mise en contexte

Les policiers¹ sont continuellement exposés, dû à la nature de leur profession, à des incidents qui se caractérisent par de l'imprévisibilité, par des menaces de danger quant à leur intégrité physique ou par le contact avec la mort (p. ex., les accidents de la route, les fusillades, les suicides, les homicides). En effet, une analyse provenant des données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST) révèle que les policiers font partie des groupes de travailleurs les plus exposés à des actes violents en milieu de travail (Hébert, Duguay, & Massicotte, 2003). Les actes de violence au travail et les événements traumatiques² (ÉT) peuvent entraîner des répercussions considérables au niveau du fonctionnement psychosocial et même engendrer un état de stress post-traumatique (ÉSPT) (Carlier, 1999; Loo, 1986; McNally & Solomon, 1999).

1.1.1 Définition de l'ÉSPT

L'état de stress post-traumatique se caractérise par une réaction de stress en réponse à un événement possédant un caractère traumatique. Dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)*, l'*American Psychiatric Association (APA)* considère qu'un événement est traumatique dans la mesure où la personne est victime, témoin ou confrontée à un ou plusieurs événements qui représentent une menace pour sa vie ou pour son intégrité physique ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. De plus, selon le *DSM-IV* la personne

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

² Le terme événement traumatique sera employé tout au long de cette thèse afin de désigner tout événement potentiellement traumatisant. Un événement traumatique ne mène pas nécessairement à des réactions post-traumatiques. Un incident critique ou un événement majeur, tel qu'utilisé dans le jargon policier, sont également considérés comme des événements de nature potentiellement traumatique.

doit réagir face à cette expérience avec au moins une des trois émotions suivantes : un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur. Pendant leur carrière, les policiers sont exposés à des environnements hostiles dans lesquels ils sont susceptibles de vivre des ÉT. Au Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM), on rapporte environ neuf événements majeurs par année (c.-à-d. un événement qui implique au moins quatre policiers) et au-delà d'une cinquantaine d'incidents critiques individuels et spécifiques de nature traumatique par année (comité paritaire du SPVM, communication personnelle, 6 juin 2003).

L'ÉSPT englobe différents symptômes qui sont regroupés en trois catégories distinctes : (a) les reviviscences incluent les souvenirs répétitifs et envahissants, les rêves, les flashbacks, un sentiment de détresse et des symptômes physiques lors de l'exposition à des stimuli semblables au trauma; (b) l'évitement et l'émoussement de la réactivité générale comprennent les comportements d'évitement face aux stimuli associés à l'événement, l'incapacité à se rappeler un aspect important du trauma, une réduction de l'intérêt pour les activités, un sentiment de détachement d'autrui, une restriction des affects et un sentiment d'avenir bouché; et (c) l'hyperactivité neurovégétative se traduit par des difficultés de sommeil, de concentration, de l'irritabilité, de l'hypervigilance et des réactions de sursauts. Pour établir un diagnostic d'ÉSPT, les symptômes doivent amener un sentiment de détresse ou une altération importante du fonctionnement et persister au-delà d'un mois. Les critères diagnostiques de l'ÉSPT présentés dans la version française du *DSM-IV*, soit le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (APA, 1996), se retrouvent à l'appendice A.

1.1.2 Conséquences de l'ÉSPT

L'ÉSPT peut engendrer une souffrance émotionnelle importante et même incapacitante pour les individus. Ce trouble anxieux se trouve associé à une utilisation accrue des services médicaux et de santé mentale (Elhai, North, & Frueh, 2005; Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, & McCahill, 2000; Wang et al., 2005). Une étude effectuée chez des patients de première ligne et présentant un ÉSPT révèle que leur fonctionnement professionnel, social et à la maison est davantage perturbé, comparativement aux patients sans troubles mentaux (Stein et al., 2000).

La comorbidité associée à l'ÉSPT semble la règle plutôt que l'exception. Dans deux études épidémiologiques de grande envergure conduites en Europe et aux États-Unis, 58 % et 75 % des individus souffrant d'ÉSPT présentaient également une condition comorbide (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). La comorbidité était définie comme la présence de deux troubles ou plus apparaissant à l'intérieur d'une même période spécifique de 12 mois. Parmi les répondants avec un ÉSPT dans le National Comorbidity Survey Replication, un sondage réalisé aux États-Unis, Kessler, Chiu, et ses collaborateurs (2005) rapportent que les troubles les plus fréquemment liés à l'ÉSPT sont le trouble obsessionnel-compulsif, la dépression majeure et la dysthymie (corrélations de 0,50 et plus), suivis des autres troubles anxieux (corrélations de 0,43 à 0,49). L'abus et la dépendance à l'alcool sont aussi des conditions comorbides avec l'ÉSPT, mais celles-ci sont moins fortement corrélées (corrélations de 0,27 et 0,34 respectivement). Au Canada, une étude épidémiologique révèle que 74 % des individus souffrant d'un ÉSPT présentent une dépression majeure, alors que plus de 40 % des hommes présentent à la fois un ÉSPT et des troubles liés soit à l'abus ou la dépendance à l'alcool ou aux drogues (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008).

La comorbidité post-traumatique ne fait pas exception parmi les policiers. Chez les policiers souffrant d'un ÉSPT, 82 % d'entre eux présentaient en même temps une autre condition clinique (Gersons, Carlier, Lamberts, & van der Kolk, 2000). Plus précisément, parmi les policiers de cette étude, 50 % présentaient une dépression majeure, 23 % rapportaient une dépendance à l'alcool et en moyenne 11 % souffraient de troubles anxieux. Une autre étude indique que les policiers présentant un ÉSPT, comparativement à ceux sans ÉSPT, obtiennent des résultats significativement plus élevés sur une mesure de la dépression majeure (Asmundson & Stapleton, 2008). Par ailleurs, l'ÉSPT chez les policiers se trouve associé à un plus grand nombre de divorces, à davantage de consultations médicales, à une perception plus négative de l'état de santé physique et aux idéations suicidaires (Maia et al., 2007). Les policiers avec un ÉSPT peuvent aussi expérimenter des problèmes au travail, comme réagir de façon moins alerte ou inappropriée, prendre trop ou pas assez de risques, devenir moins productif et s'attirer des ennuis avec les collègues. Ces difficultés peuvent mettre la sécurité du policier et celle de ses confrères en danger (Carlier, 1999).

1.1.3 ÉSPT clinique vs partiel

Depuis quelque temps, les cliniciens s'intéressent aux individus présentant certains symptômes de stress post-traumatique, mais ne remplissant pas l'ensemble des critères diagnostiques de l'ÉSPT. Ces individus présentent ce que l'on appelle communément un ÉSPT partiel ou sous-clinique. Jusqu'à présent, ces conditions ont été définies de façon inconsistante à travers les études. Néanmoins, les chercheurs s'entendent pour dire que ces conditions impliquent généralement une symptomatologie limitée qui ne satisfait pas tous les critères pour établir un diagnostic d'ÉSPT clinique. Les chercheurs se sont attardés aux conséquences que ces conditions suscitent chez les gens qui en sont atteints. Ils se sont demandé si les gens souffrant d'un ÉSPT sous-clinique sont tout aussi affectés comparativement aux personnes présentant le syndrome clinique. Une étude rapporte que les individus qui répondent partiellement aux critères de l'ÉSPT, comparativement à ceux présentant un ÉSPT clinique, effectuent autant de demandes d'aide auprès de divers professionnels pour leurs difficultés et manifestent également une altération marquée au niveau du fonctionnement social (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997). L'ÉSPT partiel est aussi associé à des taux élevés de comorbidité avec la dépression et les troubles anxieux (Marshall et al., 2001). Toutefois, d'autres études indiquent que l'ÉSPT partiel conduit à une moins grande perturbation du fonctionnement quotidien chez l'individu comparativement à l'ÉSPT clinique (Breslau, Lucia, & Davis, 2004; Yarvis, Bordnick, Spivey, & Pedlar, 2005). De plus, dans une étude portant sur des policiers, ceux présentant un ÉSPT partiel ne se distinguent pas de façon significative des individus sans ÉSPT, et ce, sur des mesures de fonctionnement psychosocial, de santé physique et de santé mentale (Maia et al., 2007). En résumé, les résultats concernant l'impact de l'ÉSPT partiel sur le fonctionnement psychosocial varient selon les études. Il est possible que la rigueur méthodologique des études et l'absence d'une définition commune quant aux critères définissant l'ÉSPT partiel puissent expliquer en partie les résultats équivoques.

1.1.4 Coûts associés à l'ÉSPT

Puisque les individus avec un ÉSPT représentent des utilisateurs habituels du système de santé et des services de santé mentale et que l'ÉSPT se trouve associé à une forte comorbidité, il n'est pas surprenant de constater qu'il s'agit du trouble anxieux le plus coûteux (Marciniak et al., 2005). Sur le plan du travail, l'ÉSPT entraîne des coûts indirects exorbitants pour l'individu et l'organisation : performance appauvrie et absentéisme au travail, augmentation plus importante des prestations d'indemnisation, des réclamations faites aux assurances, à la CSST ou à d'autres organismes gouvernementaux (Hillenberg & Wolf, 1988; Manton & Talbot, 1990). Les conséquences de l'ÉSPT s'étendent au-delà de la victime et se répercutent sur les membres de la famille, l'employeur, l'organisation ainsi que la société en général.

À titre indicatif, aux États-Unis, la moyenne des coûts médicaux pour un individu présentant un ÉSPT s'élevait à 10 415 \$ US dans l'année 1999 (Marciniak et al., 2005). Une étude portant sur des patients recrutés dans un centre québécois d'étude du trauma situé à Montréal indique que les coûts directs reliés à la médication et aux services de santé physique et mentale sont six fois plus élevés que les coûts engendrés par la population québécoise pour la même période de temps (Grégoire, Guay, Marchand, & Dupuis, 2009). De plus, entre 2000 et 2002, la moyenne des coûts défrayés par la CSST pour chaque policier indemnisé pour stress post-traumatique atteignait près de 5000 \$ (Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, 2003).

1.1.5 Prévalence de l'ÉSPT

Des études épidémiologiques révèlent que le taux de prévalence à vie de l'ÉSPT se situe à 6,8 % chez les Américains (Kessler, Berglund, et al., 2005) et à 9 % chez les Canadiens (Van Ameringen et al., 2008). Les policiers, quant à eux, constituent une population à haut risque d'être exposée à un ÉT et de développer par la suite un ÉSPT. Selon une étude américaine, il a été estimé qu'entre 12 et 35 % des individus provenant d'un échantillon de policiers américains souffrent d'un ÉSPT (Mann & Neece, 1990). Une autre

étude révèle un taux de prévalence de 26 % dans un échantillon de policiers américains (Martin, McKean, & Veltkamp, 1986). Récemment, les études portant sur des populations policières rapportent des prévalences beaucoup moins élevées. Deux études notent que 7 % des policiers des Pays-Bas et de la Nouvelle-Zélande manifestent un ÉSPT (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997; Stephens & Miller, 1998). Une étude plus récente chez des policiers brésiliens mentionne que 9 % d'entre eux éprouvent un ÉSPT (Maia et al., 2007). À notre connaissance, il n'y a pas de données portant sur la prévalence de l'ÉSPT chez les policiers canadiens et québécois. Toutefois, en ce qui concerne les lésions indemnisées par la CSST entre 2000 et 2002, le nombre de dossiers de stress post-traumatique chez les policiers est quatre fois plus important comparativement à celui de l'ensemble des travailleurs au Québec (Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, 2003).

1.2 Les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT

Un ÉT constitue une condition nécessaire, mais non suffisante au développement de l'ÉSPT. En effet, bien que la plupart des individus exposés à un ÉT puissent vivre de fortes réactions post-traumatiques dans les jours qui suivent l'événement, la majorité de ceux-ci récupère rapidement et s'adapte assez bien après une certaine période de temps. En fait, le retour ou non à une vie normale après un ÉT est souvent fonction de la présence ou de l'absence de différents facteurs qui modulent les réactions post-traumatiques. Dans une perspective de prévention et de dépistage, la connaissance des facteurs qui permettent de prédire l'évolution de l'ÉSPT s'avère d'une grande utilité pour mieux identifier les individus à risque. D'autre part, la connaissance de ces facteurs permet de développer des stratégies efficaces de prévention primaire, secondaire et même tertiaire.

Certains facteurs contribuent à la probabilité que l'exposition à un ÉT entraîne des conséquences à long terme sur la santé mentale de l'individu. Ces facteurs sont communément appelés facteurs de risque ou de vulnérabilité. Ces derniers sont associés au développement, au maintien ou à l'exacerbation de la symptomatologie post-traumatique et peuvent ainsi perturber l'équilibre et l'évolution du développement de l'individu (Jourdan-

Ionescu, 2001; King, Vogt, & King, 2004). Il peut s'agir des caractéristiques de l'événement en soi, des particularités propres aux victimes du trauma et des aspects de l'environnement.

À l'opposé, les facteurs dits de protection ou de résilience contribuent à maintenir l'équilibre et le développement des individus après un ÉT. Il peut s'agir, entre autres, des attributs de l'individu ou de son environnement qui facilitent l'adaptation en prévenant l'apparition de symptômes post-traumatiques ou en atténuant leur intensité (Jourdan-Ionescu, 2001; King et al., 2004). La présence de facteurs de protection contribue à rendre une personne résiliente (Masten & Coatsworth, 1995). La résilience concerne la capacité de s'adapter malgré la présence de stressseurs ou de facteurs de risque et de se redresser après avoir vécu un ÉT (Higgins, 1994). L'individu résilient se sent capable de maintenir un fonctionnement physique et psychologique stable même après un trauma (Bonanno, 2004). Après un ÉT, il est primordial de pouvoir distinguer les individus résilients et qui récupèrent rapidement de ceux qui demeurent à haut risque de développer un ÉSPT.

En regard des répercussions considérables que peut provoquer un ÉT dans la vie des victimes, il convient d'examiner, par une recension sélective des écrits, les facteurs pouvant influencer l'apparition ou non de réactions post-traumatiques. Cela permettra de mieux comprendre la modulation de l'ÉSPT, de cerner l'importance relative des facteurs qui y sont associés et de construire des modèles explicatifs plus complets de l'ÉSPT qui se basent sur les résultats d'études empiriques valides. De façon plus pragmatique, une connaissance accrue des facteurs de risque et de protection associés à la symptomatologie post-traumatique permettra de prévenir l'émergence d'un ÉSPT chez les policiers ou encore de mieux intervenir auprès des personnes qui en souffrent. En fait, la prévention de l'ÉSPT chez les policiers devient primordiale puisqu'ils sont constamment exposés à des ÉT qui risquent de susciter de nombreuses réactions post-traumatiques (Mitchell, 1999).

Afin de favoriser une meilleure conceptualisation des multiples facteurs prévisionnels, ces derniers sont répartis à l'intérieur de trois catégories distinctes, à savoir les facteurs prétraumatiques (caractéristiques préexistantes au trauma), péritraumatiques (particularités présentes lors de l'ÉT et immédiatement après) et post-traumatiques (caractéristiques qui surviennent à la suite du trauma). Jusqu'à présent, différents auteurs

(voir l'article de King et al., 2004) ont utilisé cette catégorisation dans leurs travaux de recherche. Celle-ci est utile puisqu'elle permet de comparer les différentes catégories de facteurs entre les études. Par ailleurs, ce regroupement permet aux chercheurs de connaître quels facteurs engendrent davantage d'impact sur l'ÉSPT en se basant sur leur proximité temporelle au trauma. Bien que la liste des facteurs identifiés ci-dessous ne soit pas exhaustive, les facteurs prévisionnels les plus pertinents et ceux qui ont obtenu jusqu'à présent un appui empirique important dans la modulation de la réaction post-traumatique sont rapportés sommairement dans les paragraphes suivants. Le tableau B.1 (voir l'appendice B) offre une vue d'ensemble des facteurs de risque et de protection de l'ÉSPT les plus probants selon la littérature (c.-à-d. les facteurs prévisionnels pour lesquels les études présentent des résultats consistants entre elles ou qui ont été suffisamment étudiés). Le tableau B.2 (voir l'appendice B) présente différents facteurs regroupés selon leur appartenance aux trois catégories susmentionnées et spécifie chez quelles populations ceux-ci ont été étudiés empiriquement jusqu'à maintenant.

Une mise en garde s'impose avant d'aller plus loin dans la présentation des écrits sur le sujet. Implicitement, les termes « facteur de risque » et « facteur de protection » impliquent un lien de causalité, c'est-à-dire qu'ils détiennent le pouvoir d'accroître ou de diminuer la probabilité qu'une conséquence négative se produise en réponse à l'exposition à un ÉT (p. ex., le développement d'un ÉSPT). Toutefois, ces termes, de même que le terme conceptuel « prédicteur », sont employés dans la recension qui suit et dans le présent programme de recherche uniquement sur le plan théorique sans laisser sous-entendre un lien de causalité puisque le protocole de recherche d'une partie des études recensées et de la présente thèse ne permet pas d'établir un tel lien. Ainsi, les définitions suivantes sont adoptées sur le plan conceptuel : 1) un facteur de risque indique une variable associée positivement à l'ÉSPT; 2) un facteur de protection évoque une variable associée négativement à l'ÉSPT; et 3) un prédicteur représente toute variable qui possède le potentiel de moduler l'ÉSPT.

1.2.1 Facteurs prétraumatiques

1.2.1.1 Facteurs de risque chez diverses populations

Deux méta-analyses indiquent que les *antécédents psychologiques et psychiatriques familiaux* constituent des prédicteurs de l'ÉSPT (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss 2003). Des problèmes d'anxiété ou de comportement antisocial observés dans la famille immédiate prédisent la survenue de l'ÉSPT chez l'individu exposé à un ÉT (Breslau & Davis, 1992; Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991). D'autres chercheurs confirment qu'un historique familial de troubles psychiatriques peut être lié au développement de l'ÉSPT (Davidson, Hughes, Blazer, & George, 1991).

De plus, certains *antécédents psychologiques et psychiatriques personnels* constituent des prédicteurs de l'ÉSPT (Brewin et al., 2000). Les individus ayant vécu certaines difficultés comme une dépression majeure ou un trouble d'anxiété tel que le trouble panique ou le trouble obsessionnel-compulsif risquent davantage de développer un ÉSPT à la suite d'un ÉT (Breslau & Davis, 1992; Breslau et al., 1991). Chez les vétérans de guerre qui ont participé au combat, certains troubles mentaux tels que la dépression majeure, la dysthymie, l'agoraphobie, la phobie spécifique, l'anxiété généralisée et le trouble de personnalité antisociale constituent des prédicteurs de l'ÉSPT (O'Toole, Marshall, Schureck, & Dobson, 1998). La méta-analyse d'Ozer et ses collaborateurs (2003) confirme que des problèmes émotionnels, d'anxiété, de l'humeur ou de la personnalité contribuent à exacerber les symptômes de l'ÉSPT. Dans une imposante étude prospective et longitudinale, les jeunes qui sont davantage à risque de développer un ÉSPT à l'âge de 17 ans sont ceux qui présentaient un trouble anxieux et un trouble des conduites à l'âge de 6 ans (Breslau, Lucia, & Alvarado, 2006). Les antécédents personnels de troubles mentaux ne sont pas nécessairement associés de façon indépendante à l'ÉSPT car ceux-ci peuvent être liés aux antécédents familiaux. Cependant, les études précédemment citées ne contrôlent pas forcément pour la présence d'autres variables dans leur modèle, à l'exception des études de Breslau et Davis (1992) et Breslau et ses collaborateurs (1991). Ces études rapportent que les antécédents familiaux et personnels apportent chacun une contribution spécifique dans le

modèle de régression final. Ainsi, bien qu'un ÉT constitue une expérience pénible pour tout individu, il semble que l'impact de l'événement risque d'être plus percutant si la condition psychologique de la victime se trouve fragilisée au départ.

L'impact des *traumas ou de stressseurs antérieurs* semble également déterminant dans l'évolution de la symptomatologie post-traumatique, et ce, au point d'accroître parfois l'impact d'un nouveau trauma même si ce dernier est de moindre intensité que le ou les précédents (Kilpatrick, Resnick, Saunders, & Best, 1998; Koss, 1993; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992; Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2007; Vrana & Lauterbach, 1994). Une étude portant sur des individus exposés à un acte terroriste indique que ceux ayant vécu des stressseurs dans l'année précédent le trauma sont davantage susceptibles de manifester un ÉSPT (Gabriel et al., 2007). Les méta-analyses de Brewin et al. (2000) et Ozer et al. (2003) suggèrent que des populations comme les vétérans (Solomon, 1990), les réfugiés cambodgiens (Blair, 2000) et les victimes d'abus sexuels (Herman, Russell, & Trocki, 1986; Roth, Wayland, & Woolsey, 1990) démontrent l'effet cumulatif des traumas.

À ce jour, plusieurs *variables sociodémographiques* (p. ex., âge, sexe, ethnie, niveau d'éducation) ont été étudiées à titre de facteurs prévisionnels. Malgré cela, les résultats des études demeurent équivoques. Cela s'explique en partie par le fait que les variables sociodémographiques impliquent couramment la présence de variables concomitantes ou confondantes qui peuvent par elles-mêmes influencer ou même expliquer la vulnérabilité ou la résilience des individus (p. ex., un faible niveau d'éducation peut se trouver corrélé à d'autres variables comme un faible statut socioéconomique). En ce qui concerne les données sur l'impact du sexe féminin, ce facteur semble associé à une plus grande vulnérabilité de développer un ÉSPT (Breslau et al., 1991; Norris, 1992; Norris et al., 2003; Van Ameringen et al., 2008) et à ce qu'il devienne chronique (Breslau & Davis, 1992). Cependant, les ÉT que subissent les femmes diffèrent de ceux vécus par les hommes. En effet, les femmes sont plus susceptibles de subir des agressions sexuelles alors que les hommes font plus souvent l'expérience d'agressions physiques (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Norris, 1992). L'événement en soi, plutôt que le sexe de l'individu, peut induire une plus

grande vulnérabilité. Toutefois, même lorsque les études contrôlent pour le type de trauma vécu, les femmes demeurent plus vulnérables que les hommes au développement d'un ÉSPT (Kessler et al., 1995; Tolin & Foa, 2006). En fait, la prévalence de troubles anxieux et affectifs en général est également plus élevée chez les répondants de sexe féminin dans les enquêtes épidémiologiques (Kessler et al., 1994; Kessler, Berglund, et al., 2005), ce qui peut expliquer la surreprésentation des femmes chez les individus rencontrant un ÉSPT. La prépondérance de femmes rencontrant ces diagnostics pourrait laisser sous-entendre l'implication de variables biologiques. À l'heure actuelle, les chercheurs ne peuvent pas encore se prononcer de façon définitive sur les raisons qui expliquent ces résultats. L'étude des différences attribuables au sexe dans la prévalence de l'ÉSPT est complexe puisque des facteurs additionnels qui ne sont pas pris en compte dans les études peuvent expliquer ces différences (Tolin & Foa, 2006). L'étude de l'impact du sexe dans la modulation de l'ÉSPT et des variables sociodémographiques en général doit se poursuivre avant que l'on ne puisse tirer des conclusions claires. Le lecteur peut se référer au tableau B.2 (*voir* l'appendice B) qui présente les résultats concernant l'ensemble des variables sociodémographiques étudiées.

Afin de gérer un événement stressant, les individus peuvent employer diverses *stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress* (Lazarus & Folkman, 1984). Parmi les modes habituels de gestion du stress, il existe des stratégies d'adaptation centrées sur le problème (c.-à-d. les efforts visent la modification de la situation par l'utilisation de la résolution de problèmes) et centrées sur les émotions (c.-à-d. les efforts visent la modification de l'interprétation négative de la situation et l'apaisement des émotions négatives ressenties par des stratégies telles que l'évitement ou la rêverie) (Lazarus & Folkman, 1984). Une autre façon de conceptualiser ces stratégies consiste à différencier un mode de gestion du stress basé sur l'approche (c.-à-d. utiliser la résolution de problèmes, réévaluer positivement la situation, chercher du soutien) d'un mode de gestion du stress basé sur l'évitement (c.-à-d. utiliser la distraction, la diversion) (Moos, 1990). La gestion du stress peut également être conceptualisée selon un mode de gestion du stress actif (c.-à-d. confrontation directe du stressor) et passif (c.-à-d. gestion de ses réactions émotionnelles) (Gibbs, 1989). Par ailleurs, il apparaît utile de distinguer deux autres types de gestion du stress. Premièrement, la gestion du stress en tant que trait (« *trait coping style* ») réfère aux

habiletés de gestion communes des situations stressantes de la vie courante que démontrent les individus (Gil, 2005). Puisque les individus ont tendance à recourir à un mode identique de gestion du stress, même lorsqu'il s'agit de gérer des situations stressantes différentes, le mode de gestion du stress en tant que trait peut être considéré comme une caractéristique prétraumatique relativement stable. Deuxièmement, la gestion du stress en tant qu'état (« *state coping style* ») réfère à une façon de gérer le stress en lien avec un stressor particulier et bien précis dans le temps (Gil, 2005). Ce mode de gestion du stress constitue un facteur post-traumatique dans la mesure où ce type de gestion du stress est appliqué à la suite de l'apparition d'un ÉT. La gestion du stress en tant qu'état sera discutée ultérieurement dans la section portant sur les facteurs post-traumatiques. Il convient de demeurer prudent dans la comparaison et l'interprétation des résultats des études portant sur les stratégies de gestion du stress puisque la terminologie employée pour décrire les stratégies et les instruments utilisés pour les mesurer varient selon les études (Sharkansky et al., 2000).

Bien que toutes les stratégies représentent un effort pour tenter de réduire ou d'éliminer les conditions stressantes et de diminuer l'intensité de la détresse émotionnelle qui y est rattachée (Lazarus & Folkman, 1984), certaines stratégies restent peu efficaces à moyen ou long terme pour contrer les réactions post-traumatiques. Dans une étude de jeunes exposés à la violence et au crime, l'usage d'un mode négatif de gestion du stress caractérisé par la distraction, le retrait, la rêverie et la résignation prédit un plus grand nombre de symptômes d'ÉSPT (Berman, Kurtines, Silverman, & Serafini, 1996). Chez des étudiants israéliens exposés à un acte terroriste, la gestion du stress (en tant que trait) basée sur l'évitement constitue un prédicteur de l'ÉSPT (Gil, 2005). De même, chez des victimes d'un accident d'automobile, les stratégies de gestion du stress basées sur l'évitement prédisent la sévérité de l'ÉSPT (Dörfel, Rabe, & Karl, 2008).

D'autre part, *adhérer fortement aux croyances fondamentales* d'un monde bienveillant, d'un monde juste et logique et croire en sa valeur et en son invulnérabilité personnelle peut provoquer des symptômes plus pathologiques à la suite d'un ÉT (Brillon, Marchand, & Stephenson, 1996). L'invalidation de ces conceptions par l'expérience traumatique et les difficultés d'intégration de l'expérience pour la victime favorisent le

développement et le maintien des symptômes de l'ÉSPT (Brillon et al., 1996). Par ailleurs, les pompiers qui entretiennent des cognitions négatives sur soi (p. ex., se sentir incompetent), avant même d'être exposés à un trauma, sont davantage susceptibles d'éprouver des symptômes post-traumatiques en réponse à un trauma (Bryant & Guthrie, 2007). Toutefois, chez cette même population, avoir tendance à se blâmer et entretenir des cognitions négatives sur le monde (p. ex., le monde est dangereux) ne prédit pas l'ÉSPT.

1.2.1.2 Facteurs de risque chez les policiers

Une plus grande exposition à des ÉT au travail dans la dernière année ainsi qu'une accumulation d'expériences traumatiques ou de stresseurs au travail prédisposent au développement de réactions post-traumatiques dans la majorité des études réalisées auprès des policiers (Friedman & Higson-Smith, 2003; Haisch & Meyers, 2004; Liberman et al., 2002; Stephens, Long, & Flett, 1999; Stephens & Miller, 1998; Violanti & Gehrke, 2004). De plus, les policiers qui refoulent leurs émotions ou qui les expriment avec difficulté et ceux qui manifestent couramment de la colère apparaissent plus à risque de développer des réactions de stress post-traumatique après l'exposition à un ÉT (Carlier et al., 1997; Meffert et al., 2008). Le *névrosisme*, un trait stable de la personnalité qui implique une sensibilité aux stimuli négatifs, se trouve associé à une intensité plus élevée de symptômes de l'ÉSPT chez les policiers (Haisch & Meyers, 2004; Marmar, 2006). Qui plus est, la *sensibilité à l'anxiété* (c.-à-d. la peur des conséquences associées aux symptômes physiques d'anxiété) prédit l'ÉSPT chez les policiers (Asmundson & Stapleton, 2008). Contrairement aux résultats observés dans la population générale, l'étude de Carlier et al. (1997) n'a pas été en mesure de démontrer de relation entre les problèmes psychiatriques antérieurs personnels ou familiaux et l'ÉSPT chez une population policière. Par ailleurs, les caractéristiques sociodémographiques des policiers (p. ex., âge, sexe, rang au travail, état civil, niveau d'éducation) ne sont pas associées aux symptômes de l'ÉSPT (Carlier et al., 1997; McCaslin, Metzler, et al., 2006; Pole et al., 2001; Pole, Best, Metzler, & Marmar, 2005; Wilson, Poole, & Trew, 1997), sauf en ce qui concerne l'ethnicité hispanique (Pole et al., 2001; 2005). Ce dernier facteur est associé à une plus grande symptomatologie post-traumatique, même après

avoir contrôlé pour les caractéristiques sociodémographiques et la fréquence et la sévérité de l'exposition à des incidents critiques (Pole et al., 2001; 2005).

1.2.1.3 Facteurs de protection chez diverses populations

Certaines stratégies de gestion du stress facilitent davantage l'adaptation à la suite d'un ÉT. Par exemple, les soldats de la guerre du Golfe qui ne manifestent pas de symptômes d'ÉSPT utilisent principalement des stratégies d'adaptation centrées sur le problème et peu de stratégies basées sur l'évitement et la rêverie comparativement à leurs homologues avec un ÉSPT (Sutker, Davis, Uddo, & Ditta, 1995). De façon similaire, le personnel de l'armée qui utilise plus de stratégies de gestion du stress centrées sur le problème, en situation de combat, présente moins de symptômes d'ÉSPT, particulièrement lors d'une plus grande exposition au combat (Sharkansky et al., 2000). Les individus séropositifs qui utilisent moins de stratégies de gestion du stress centrées sur l'évitement et les émotions démontrent également moins de symptômes d'ÉSPT (Pedersen & Elklit, 1998). Cependant, chez les enfants témoins de violence conjugale, les modes de gestion du stress actif et passif ne prédisent pas de façon différentielle le niveau de sévérité de l'ÉSPT (Kilpatrick & Williams, 1998). Qui plus est, dans une étude auprès de jeunes exposés à la violence et au crime, l'usage d'un mode positif de gestion du stress caractérisé par la résolution de problèmes, la recherche de soutien et la régulation des émotions ne module pas la symptomatologie post-traumatique (Berman et al., 1996).

D'autre part, certaines études se sont attardées au concept de la *personnalité résistante au stress*³. Selon les chercheurs, ce type de personnalité favorise l'adaptation après un événement stressant (Bartone, Ursano, Wright, & Ingraham, 1989; Bradford & John, 1991; Kobasa, 1979). Les individus démontrant cette personnalité perçoivent les événements stressants comme étant stimulants plutôt que menaçants (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982) et utilisent des stratégies de gestion du stress efficaces pour gérer ces événements lorsqu'ils surviennent (Bartone et al., 1989). Cela peut donc expliquer en partie le fait qu'ils soient plus

³ La personnalité résistante au stress fait référence au concept anglophone de *personality hardiness*.

résilients lorsque survient un ÉT. Plus précisément, ce style de personnalité se caractérise par : 1) l'aptitude à l'engagement dans le milieu (c.-à-d. la tendance à s'impliquer activement et à s'engager dans les activités plutôt qu'à rester passif et inactif ainsi que la capacité de donner un sens aux événements vécus); 2) un fort sentiment de contrôle perçu permettant de prendre des décisions et d'en assumer la responsabilité (c.-à-d. l'impression de détenir un certain contrôle quant aux événements qui surviennent plutôt que de ressentir de l'impuissance); et 3) la capacité à relever des défis (c.-à-d. la croyance que le changement, plutôt que la stabilité, favorise la croissance personnelle ainsi que la présence d'une ouverture et d'une flexibilité) (Kobasa et al., 1982). Plusieurs chercheurs ont étudié la personnalité résistante au stress. Ce type de personnalité chez les militaires, les prisonniers de guerre, les vétérans et les femmes victimes d'abus sexuel dans l'enfance est associé à une probabilité moindre de satisfaire les critères diagnostiques d'un ÉSPT (Bartone, 2000; Feinauer, Mitchell, Harper, & Dane, 1996; Zakin, Solomon, & Neria, 2003). Par ailleurs, les soldats de la guerre du Golfe qui ne manifestent aucun symptôme d'ÉSPT obtiennent des résultats plus élevés sur une évaluation de la personnalité résistante au stress, particulièrement sur l'échelle de l'engagement (Sutker et al., 1995). De plus, chez les vétérans masculins du Vietnam, la personnalité résistante au stress constitue une variable médiatrice entre l'exposition au combat et l'ÉSPT, mais cette relation ne demeure pas significative auprès des vétérans de sexe féminin (Taft, Stern, King, & King, 1999). Plus précisément, cela signifie qu'une plus grande exposition au combat est associée à une diminution du résultat obtenu sur une évaluation de la personnalité résistante au stress, ce qui en retour favorise l'augmentation de symptômes d'ÉSPT chez les vétérans masculins.

Par ailleurs, le *sentiment d'efficacité personnelle* (c.-à-d. entretenir des attentes d'efficacité élevées vis-à-vis la réalisation de diverses activités et la résolution de problèmes) est associé à moins de détresse psychologique et de symptômes d'ÉSPT chez les victimes de désastres naturels (Benight & Harper, 2002) et les pompiers (Regehr, Hill, & Glancy, 2000; Regehr, Hill, Knott, & Sault, 2003). En effet, les personnes possédant un sentiment élevé d'efficacité personnelle s'attendent au succès, à résoudre les problèmes, à surmonter les défis et à être en mesure de gérer les situations stressantes.

L'expérience antérieure et une formation adéquate (c.-à-d. avoir déjà affronté des situations stressantes antérieurement ou être formé pour réagir à celles-ci) sont associées à l'anticipation positive des difficultés éventuelles, l'augmentation du sentiment de contrôle et d'efficacité et la diminution du sentiment d'impuissance (Paton, 1989). Il est intéressant de constater que l'expérience antérieure, la formation et la notion de contrôle représentent des variables qui influencent l'impuissance acquise chez les animaux, une théorie développée par Seligman et Maier (1967). Le modèle animal de l'impuissance acquise stipule que l'exposition à des événements incontrôlables interfère avec l'apprentissage, alors que l'exposition à des stressseurs de nature contrôlable permet de contrecarrer cet apprentissage. Sur le plan expérimental, les travaux de Williams et Maier (1977) sur des rats démontrent que l'exposition précédente à une situation contrôlable ne mène pas au phénomène d'impuissance acquise, mais procure plutôt une inoculation contre les effets délétères d'une exposition ultérieure à des stressseurs de nature incontrôlable.

Chez les humains, certaines études semblent démontrer des effets similaires d'inoculation. L'expérience antérieure peut permettre aux individus à haut risque de vivre des ÉT dans le cadre de leur travail de se sentir mieux outillés pour faire face aux événements à venir et ainsi de se sentir en contrôle et moins stressés par leur travail (Raphael, 1986). En conséquence, l'expérience permet d'atténuer l'impact initial et subséquent des ÉT. La formation, quant à elle, permet aux individus d'être entraînés dans un rôle bien défini, ce qui contribue à améliorer leur efficacité au travail et à diminuer leurs incertitudes relativement aux tâches qu'ils doivent accomplir (Raphael, 1986). Une étude confirme que les intervenants professionnels, comme les policiers, les pompiers et le personnel en santé, qui sont intervenus après un accident d'automobile possèdent une meilleure capacité d'adaptation et démontrent moins de symptômes de stress post-traumatique comparativement aux individus qui se sont portés volontaires pour aider (Dyregrov, Kristofferson, & Gjestad, 1996). Qui plus est, un entraînement antérieur diminue la probabilité d'avoir un ÉSPT chez les vétérans de guerre exposés intentionnellement, lors de tests militaires, à des substances toxiques (Schnurr et al., 2000). Inversement, le manque de formation ou d'expérience est lié à l'ÉSPT. Ainsi, les secouristes non professionnels qui sont intervenus à la suite du naufrage d'une infrastructure pétrolière présentent davantage de

réactions de stress post-traumatique que les secouristes professionnels (Ersland, Weisaeth, & Sund, 1989). Cependant, dans une étude portant sur des individus ayant transporté des corps après l'explosion à Oklahoma City, l'expérience professionnelle ne se trouve pas associée à la symptomatologie post-traumatique (Tucker et al., 2002). Chez les activistes politiques torturés, la préparation psychologique, un construit qui reflète le fait d'avoir vécu des expériences traumatisantes de torture par le passé, de s'attendre à en vivre d'autres en plus de posséder un entraînement mental pour affronter ces expériences, permet de diminuer la symptomatologie post-traumatique (Başoğlu et al., 1997).

Les résultats des études qui indiquent que les expériences stressantes antérieures permettent une meilleure adaptation post-traumatique semblent contradictoires avec ceux des études qui démontrent qu'une accumulation de traumatismes et de stressants antérieurs est associée à davantage de symptômes post-traumatiques. Dans les écrits actuels, il existe à la fois des études soutenant l'hypothèse que des expositions récurrentes à des ÉT favorisent une inoculation graduelle au stress et d'autres qui indiquent que cela entraîne une vulnérabilité croissante (Brunet, 1996). Afin de déterminer dans quelles circonstances le phénomène d'inoculation ou celui de vulnérabilité croissante opère, il serait utile de connaître la contribution des variables modératrices suivantes : le niveau et le nombre d'expositions antérieures, le temps écoulé entre deux ÉT, le dénouement de l'ÉT, la présence d'un sentiment de contrôle quant à la survenue de l'ÉT et l'expérience antérieure (Brunet, 1996). Chez les humains, les deux phénomènes existent et ne sont pas antagonistes. Ces deux phénomènes peuvent également coexister dans le modèle animal de l'impuissance acquise tout dépendant des conditions mises en place.

1.2.1.4 Facteurs de protection chez les policiers

Dans une étude récente, la personnalité résistante au stress, plus particulièrement la dimension de l'engagement, se trouve négativement associée aux symptômes de l'ÉSPT chez des femmes policières (Andrew et al., 2008). Ainsi, les femmes qui possèdent les caractéristiques de l'engagement au niveau de leur personnalité deviennent moins susceptibles de développer une symptomatologie post-traumatique après l'exposition à un

ÉT au travail. À la suite d'opérations de secours, les policiers qui ont apporté leur aide présentent un niveau de détresse, mesuré entre autres par les symptômes d'ÉSPT, moins élevé comparativement aux travailleurs de construction et d'entretien du réseau routier qui se sont également investis dans les opérations (Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, & Foreman, 1996). Les auteurs de cette étude attribuent ces résultats à un phénomène d'inoculation qui s'explique par la formation reçue chez les policiers comparativement aux autres employés sur le site. Il appert que l'expérience et la formation permettent de contrer les réactions post-traumatiques dans certaines études chez des policiers (Dyregrov et al., 1996; Marmar et al., 1996; Perrin et al., 2007). Cependant, d'autres études n'ont pas trouvé d'évidence de relation significative entre ces facteurs et l'ÉSPT chez les policiers (Alexander & Wells, 1991; Carlier, et al., 1997).

En somme, les individus réagissent différemment aux ÉT en fonction des facteurs prétraumatiques précédemment mentionnés (*voir* tableau B.1 et B.2 de l'appendice B).

1.2.2 Facteurs péritraumatiques

1.2.2.1 Facteurs de risque chez diverses populations

Dans plusieurs études, le *type d'événement vécu* constitue un facteur pouvant prédire l'apparition de symptômes de stress post-traumatique. Il convient de mentionner que les ÉT se divisent en deux groupes distincts selon leurs caractéristiques propres. Les événements de type I représentent généralement des événements soudains, inattendus et d'une durée limitée, par exemple un accident, un sinistre ou encore un désastre naturel. Les événements de type II sont habituellement de longue durée, répétitifs, cumulatifs, souvent infligés volontairement par un être humain et peuvent être davantage anticipés par les victimes. Il s'agit par exemple de violence conjugale, d'abus physiques ou sexuels, de torture ou encore d'expériences de combat. Certains chercheurs postulent que les événements les plus communément associés à l'ÉSPT sont ceux de type II dont les agressions physiques et sexuelles ainsi que les expériences de combat (Breslau et al., 1991; Kessler et al., 1995; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993). L'étude de Norris (1992), pour sa part, obtient aussi un

plus haut taux d'ÉSPT chez les victimes d'agressions sexuelles, mais un plus faible taux chez les militaires.

La *sévérité du trauma* constitue également un prédicteur des symptômes de l'ÉSPT dans plusieurs études (Bernat, Ronfeldt, Calhoun, & Arias, 1998; Brewin et al., 2000; Brodaty, Joffe, Luscombe, & Thompson, 2004; Carlson & Rosser-Hogan, 1991; Dörfel et al., 2008; Green & Berlin, 1987; Mueser & Butler, 1987; Zeiss & Dickman, 1989), mais n'est pas distinctive dans d'autres études (Hillman, 1981; Shalev, Peri, Canetti, & Schreiber, 1996). Il convient de préciser d'emblée que la sévérité de l'ÉT demeure un concept complexe et controversé, car il n'existe pas de consensus sur les dimensions qui en font partie et sur la façon dont la sévérité du trauma doit être mesurée. Les études portant sur des vétérans de guerre mesurent habituellement ce concept en tenant compte de la perception de menace à la vie pendant le combat, de l'exposition à des atrocités ou à de la violence et la présence d'un environnement dur ou malveillant (p. ex., inconforts quotidiens tels que la chaleur ou d'autres conditions de vie déficientes) (Brewin et al., 2000). Les mesures de la sévérité du trauma dans les études portant sur des populations de civils restent plus disparates même lorsqu'il s'agit d'évaluer la sévérité des ÉT similaires (Brewin et al., 2000). Cette hétérogénéité diminue la validité et la fiabilité du concept. Malgré les inconsistances dans les écrits, la sévérité du trauma se mesure fréquemment en considérant la perception de menace à la vie. Ainsi, le degré perçu de menace à la vie auquel un individu se trouve exposé est associé au risque de développer un ÉSPT (Kilpatrick et al., 1989; Kilpatrick & Resnick, 1993; Schnyder, Moergeli, Klaghofer, & Buddeberg, 2001; Ullman et al., 2007). D'ailleurs, la méta-analyse d'Ozer et ses collaborateurs (2003) indique que la perception de menace à la vie durant l'événement représente un prédicteur de l'ÉSPT dans au moins 12 études distinctes.

La sévérité de l'ÉT se mesure aussi en tenant compte des *caractéristiques objectives associées à l'événement*. Parmi ces caractéristiques, la durée de l'événement influence les réactions de stress post-traumatique (Lane, 1993-1994; Paton, 1989). Ainsi, plus l'exposition à l'ÉT se prolonge, plus les symptômes d'ÉSPT deviennent sévères (Zeiss & Dickman, 1989). D'autre part, les incidents caractérisés par la découverte de corps et de personnes

décédées favorisent davantage le développement de l'ÉSPT (McCammon, Durham, Allison, & Williamson, 1988).

Qui plus est, les individus qui vivent de fortes *réactions émotionnelles négatives* (p. ex., peur, culpabilité, honte, colère, dégoût, tristesse) ou de fortes *réactions physiques d'anxiété* (p. ex., palpitations, tremblements, étourdissements, transpiration, bouffées de chaleur ou frissons) durant et immédiatement après l'ÉT sont vulnérables au développement d'un ÉSPT (Andrews, Brewin, Rose, & Kirk, 2000; Bernat et al., 1998; Maercker, Beauducel, & Schutzwohl, 2000; Martin & Marchand, 2003). Dans leur méta-analyse, Ozer et ses collaborateurs (2003) indiquent que les réactions émotionnelles péritraumatiques représentent un facteur fortement associé à l'ÉSPT.

Récemment, des chercheurs se sont attardés à un construit plus global, nommé *détresse péritraumatique*, qui englobe les réactions émotionnelles et physiques d'anxiété. Ce construit fait référence aux réponses émotionnelles négatives et aux réactions physiques d'anxiété ressenties par un individu pendant ou immédiatement après un ÉT (Brunet et al., 2001). Chez les victimes d'une catastrophe industrielle, la détresse péritraumatique prédit l'ÉSPT (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes, et al., 2005). Parmi les composantes de la détresse péritraumatique se trouve la notion de perte de contrôle (c.-à-d. perte de contrôle de ses émotions, perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale) qui est précisément associée au développement de la symptomatologie post-traumatique (Simeon, Greenberg, Knutelska, Schmeidler, & Hollander, 2003).

De plus, de nombreuses études suggèrent que la *dissociation péritraumatique* (c.-à-d. le fait de ressentir un détachement, une absence de réactivité émotionnelle, une impression de déréalisation, de dépersonnalisation, etc.) constitue un facteur de vulnérabilité dans l'apparition de symptômes de stress post-traumatique. Les réactions dissociatives se produisent généralement dans un contexte où la détresse péritraumatique est élevée, bien que certaines personnes peuvent ressentir une forte détresse sans dissocier (Brunet et al., 2001; Fikretoglu et al., 2006). De nombreuses études indiquent que la dissociation pendant et immédiatement après l'événement est fortement liée à la symptomatologie post-traumatique des réfugiés (Carlson & Rosser-Hogan, 1991), des vétérans de guerre (Bremner et al., 1992;

Bremner & Brett, 1997; Marmar et al., 1994; O'Toole et al., 1998; O'Toole, Marshall, Schureck, & Dobson, 1999; Tichenor, Marmar, Weiss, Metzler, & Ronfeldt, 1996), des secouristes (Marmar et al., 1996; 1999), des individus préposés aux services d'urgence (Weiss, Marmar, Metzler, & Ronfeldt, 1995), des personnes blessées (Shalev et al., 1996), des victimes d'un désastre naturel (Holen, 1993), des survivants d'un incendie (Koopman, Classen, & Spiegel, 1994), des étudiants universitaires ayant vécu un trauma (Martin & Marchand, 2003; Marx & Sloan, 2005), des victimes d'une catastrophe industrielle (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes, et al., 2005) et des individus recevant un diagnostic de cancer (Kangas, Henry, & Bryant, 2005). À ce jour, la méta-analyse la plus récente et la plus complète portant sur la dissociation péritraumatique est celle de Lensevelt-Mulders et ses collaborateurs (2008) qui inclut 59 études, soit le plus grand nombre d'études empiriques sur le sujet. Bien qu'aucune relation de causalité ne puisse encore être établie, cette méta-analyse confirme que la dissociation péritraumatique constitue un prédicteur de l'ÉSPT. Les méta-analyses précédentes étudiant la dissociation péritraumatique arrivent aux mêmes conclusions (Breh & Seidler, 2007; Ozer et al., 2003).

Par ailleurs, une étude chez des victimes d'accidents d'automobile constate qu'un sentiment initial d'*effroi* lors de l'événement augmente de façon substantielle le risque de répondre subséquemment aux critères diagnostiques de l'ÉSPT (Vaiva et al., 2003). L'effroi partage certaines caractéristiques de la dissociation péritraumatique. En effet, l'effroi implique une absence complète d'émotions, de pensées ou de mots ou la sensation d'être figé pendant une partie de l'événement lorsque l'individu se trouve soudainement confronté à la réalité de sa propre mort ou à celle d'une autre personne. Une autre étude, cette fois effectuée chez des patients ayant subi un infarctus du myocarde, atteste que l'effroi est associé à des symptômes post-traumatiques trois mois après l'événement (Bennett, Owen, Koutsakis, & Bisson, 2002).

1.2.2.2 Facteurs de risque chez les policiers

Plusieurs études révèlent que l'exposition à la mort lors de l'événement, la présence d'une menace à la vie ou à l'intégrité physique du policier ou de son partenaire ainsi que la

sévérité de l'exposition prédisent l'ÉSPT (Carlier et al., 1997; Hodgins, Creamer, & Bell, 2001; McCaslin, Rogers, et al., 2006; Robinson, Sigman, & Wilson, 1997). De plus, la détresse péritraumatique prédit l'ÉSPT chez les policiers (Marmar et al., 2006; McCaslin, Metzler, et al., 2006), tout comme la dissociation péritraumatique (Carlier et al., 1997; Hodgins et al., 2001; Marmar et al., 2006; McCaslin, Metzler, et al., 2006; Pole et al., 2001; 2005).

1.2.2.3 Facteurs de protection

À notre connaissance, il n'existe pas de facteur de protection péritraumatique pour contrer le développement de l'ÉSPT auprès de diverses populations et des policiers. Pourtant, il est fort probable que des réactions spécifiques émises, lors de l'événement, par les individus résilients agissent dans la modulation des réactions post-traumatiques.

En somme, l'ensemble des études recensées ci-dessus démontre que les caractéristiques péritraumatiques influencent fortement la trajectoire, la sévérité et la chronicité des symptômes post-traumatiques (*voir* tableau B.1 et B.2 de l'appendice B).

1.2.3 Facteurs post-traumatiques

1.2.3.1 Facteurs de risque chez diverses populations

Les ÉT qui engendrent des *blessures corporelles* sont davantage associés au développement d'un ÉSPT comparativement aux expériences traumatiques qui n'entraînent pas de telles blessures (Kilpatrick et al., 1989; Resnick et al., 1993).

Plusieurs études attestent que les *situations de vie stressantes* survenant après l'ÉT (p. ex., perte d'emploi, difficultés financières ou légales, maladie ou décès d'un proche) sont associées à l'ÉSPT et à son maintien (Blair, 2000; Brewin et al., 2000; King, King, Foy, Keane, & Fairbank, 1999; Koopman et al., 1994; McFarlane, 1989; Richardson, Naifeh, & Elhai, 2007). En effet, les individus peuvent devenir plus vulnérables à ces événements additionnels et voir leur symptomatologie post-traumatique augmenter ou se maintenir.

Sur le plan des aspects liés à la santé mentale, la présence de *symptômes dépressifs* chez des personnes blessées lors d'un ÉT influence l'apparition de symptômes d'ÉSPT subséquemment (Shalev et al., 1996). Dans une autre étude, les individus exposés à une catastrophe industrielle qui démontrent des symptômes dépressifs 15 mois après l'événement sont plus susceptibles d'éprouver un ÉSPT comorbide (Birmes, Daubisse, & Brunet, 2008). En fait, la présence simultanée d'un ÉSPT et d'un trouble de dépression majeure chez les vétérans a pour effet d'augmenter leur détresse et la sévérité de leurs réactions post-traumatiques (Bleich, Koslowsky, Dolev, & Lerer, 1997).

D'autre part, des études prospectives indiquent que l'*état de stress aigu* (ÉSA) est également un fort prédicteur de l'ÉSPT chez des victimes de crime (Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999), des accidentés (Harvey & Bryant, 1998), des témoins de violence (Classen, Koopman, Hales, & Spiegel, 1998) et des victimes d'une catastrophe industrielle (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes, et al., 2005). L'ÉSA se distingue de l'ÉSPT principalement par la présence de plusieurs symptômes dissociatifs et par la durée des symptômes. Lorsque des réactions post-traumatiques surviennent à l'intérieur du premier mois et dure entre deux jours à quatre semaines, alors le diagnostic de l'ÉSA peut s'appliquer. Quand par la suite les symptômes perdurent au-delà d'un mois, le diagnostic de l'ÉSA est remplacé par celui de l'ÉSPT. Les critères diagnostiques de l'ÉSA présentés dans la version française du *DSM-IV* (APA, 1996) figurent à l'appendice A. Il a été mentionné auparavant que la dissociation péritraumatique semble constituer un bon prédicteur de l'ÉSPT. Il est intéressant de noter que le diagnostic de l'ÉSA inclut la présence de symptômes dissociatifs. Ainsi, il est possible qu'il y ait un lien important entre l'occurrence de phénomènes dissociatifs et le développement ultérieur de symptômes post-traumatiques. Selon l'étude de Harvey et Bryant (1998), 13 % des personnes ayant vécu un accident d'automobile ont développé un ÉSA et de ce nombre, 78 % ont développé par la suite un ÉSPT. Néanmoins, le pouvoir prédictif de l'ÉSA dans le développement subséquent de l'ÉSPT demeure controversé. En effet, s'il est vrai que la majorité des gens qui a eu un ÉSA développe ensuite un ÉSPT, il est tout aussi exact qu'une proportion importante de gens développe un ÉSPT sans avoir auparavant satisfait les critères diagnostiques d'un ÉSA (Bryant, 2005; 2007; Harvey & Bryant, 2002).

Le *soutien social* est une variable qui a été étudiée de façon considérable dans le domaine de la santé mentale. Différents types de soutien social existent tels que le soutien structurel, fonctionnel, émotionnel, instrumental, informationnel, positif et négatif (Guay, Marchand, & Billette, 2006). Toutefois, rares sont les études qui différencient les types de soutien social ou qui mentionnent le type de soutien évalué. Malgré cela, les chercheurs s'entendent pour affirmer que l'absence de soutien ou encore un soutien social déficient ou négatif intensifient les symptômes de stress post-traumatique (Brewin et al., 2000; Fontana, Schwartz, & Rosenheck, 1997; Guay, Billette, & Marchand, 2006; Jenkins, 1997; Jovanovic, Aleksandric, Dunjic, & Todorovic, 2004; Marmar et al., 1999; Regehr et al., 2003). D'autre part, des interactions sociales négatives dans l'environnement des victimes de crimes violents (Andrews, Brewin, & Rose, 2003) et d'abus sexuels (Ullman et al., 2007; Zoellner, Foa, & Brigidi, 1999) prédisent la symptomatologie post-traumatique. De plus, chez les vétérans de la guerre du Vietnam, la perception de soutien social est une variable médiatrice entre l'exposition au combat et l'ÉSPT (Taft et al., 1999). En fait, une plus grande exposition au combat entraîne possiblement une diminution de la perception de soutien, ce qui favorise la présence de symptômes d'ÉSPT. Les résultats obtenus dans la méta-analyse de Brewin et ses collaborateurs (2000) permettent d'observer que le manque de soutien social constitue l'un des trois plus importants prédicteurs de l'ÉSPT. Cela suggère le rôle déterminant de la cohésion et du soutien offert par les proches des victimes après des ÉT.

Dans deux études, les *stratégies de gestion du stress basées sur l'évitement* qui sont utilisées après l'ÉT (« *state coping style* ») par les victimes d'un acte terroriste et d'une agression sexuelle prédisent la présence d'un ÉSPT (Gil, 2005; Ullman et al., 2007).

Les accidentés de la route entretenant des *cognitions négatives sur soi* en lien avec l'ÉT (p. ex., je suis faible, je suis inadéquat, je n'ai pas de futur, le trauma a détruit ma vie) manifestent davantage de symptômes d'ÉSPT (Dörfel et al., 2008). Deux études auprès de victimes d'agressions sexuelles révèlent que se blâmer se trouve associé positivement à l'ÉSPT (Arata & Burkhart, 1996; Ullman et al., 2007). Quant à une autre étude portant sur des individus recevant un diagnostic de cancer, se blâmer n'est pas significativement associé à l'ÉSPT (Kangas et al., 2005).

1.2.3.2 Facteurs de risque chez les policiers

Les blessures physiques provenant de l'ÉT, les symptômes dépressifs présents après le trauma ainsi que les événements de vie négatifs ultérieurs apparaissent comme des prédicteurs de l'ÉSPT chez les policiers (Asmundson & Stapleton, 2008; Marmar, 2006; Wilson et al., 1997). Après l'ÉT, le peu de temps donné par l'employeur pour se remettre de cette expérience, l'insatisfaction par rapport au soutien organisationnel ou le faible soutien à l'extérieur du travail semblent être des facteurs qui prédisent la symptomatologie post-traumatique (Carlier et al., 1997). Les policiers qui rapportent avoir utilisé des stratégies de gestion du stress basées sur l'évitement pour gérer l'ÉT ont davantage de symptomatologie post-traumatique (Haisch & Meyers, 2004; Harvey-Lintz, & Tidwell, 1997; Pole et al., 2005). Dans les études de policiers, offrir une intervention précoce comme le *débriefing psychologique* au personnel policier après un ÉT n'a aucun effet sur la symptomatologie post-traumatique (Stephens, 1997) et peut même entraîner davantage de symptômes (Carlier et al., 1997; Carlier, Lamberts, Van Uchelen, & Gersons, 1998; Carlier, Voerman, & Gersons, 2000).

1.2.3.3 Facteurs de protection chez diverses populations

Le *soutien social* adéquat ou positif permet d'atténuer les effets du stress à la suite des ÉT. Jusqu'à présent, les chercheurs observent manifestement l'apport bénéfique du soutien social chez les survivants de traumas (Guay, Billette, et al., 2006; Kaniasty & Norris, 1992; Kulka et al., 1990; Solomon, Mikulincer, & Hobfoll, 1986; Zoellner et al., 1999). La famille, les confrères et les amis sont mentionnés comme étant des sources importantes de soutien (Bartone et al., 1989; McCammon et al., 1988). Plus les individus ont accès à des ressources sociales, mieux ils composent avec le stress. Après une tornade, la perception d'un réseau de soutien social positif prédit un nombre moindre de symptômes post-traumatiques chez des secouristes (McCammon et al., 1988).

Chez les vétérans de guerre et les militaires, le soutien émotionnel lors du retour à la maison (Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004), la perception et la satisfaction vis-à-vis la

qualité et la disponibilité du soutien après le combat (King et al., 1999; Ren, Skinner, Lee, & Kazis, 1999; Sutker et al., 1995) ainsi que la perception d'une plus grande cohésion familiale (Sutker et al., 1995) sont liés à moins de symptômes post-traumatiques. Chez les militaires, la cohésion entre pairs dans l'unité permet de diminuer les symptômes d'ÉSPT particulièrement lorsque l'exposition au combat est plus élevée (Bartone, 2000).

Chez les jeunes exposés à la violence et au crime, le soutien social perçu est un prédicteur important de la symptomatologie post-traumatique alors que le soutien social reçu ne l'est pas (Berman et al., 1996). Le soutien social perçu de la part de la famille, des amis, des collègues et des voisins permet de diminuer les symptômes d'ÉSPT chez les représentants d'organismes humanitaires lorsque ces derniers sont davantage exposés à des ÉT (Kaspersen, Matthiesen, & Gøtestam, 2003). Cependant, cette interaction se trouve inversée chez un deuxième groupe d'individus exposés à des ÉT dans l'étude de Kaspersen et ses collaborateurs (2003). En effet, l'étude indique que le soutien social diminue les symptômes d'ÉSPT chez les militaires lorsque ceux-ci sont moins exposés à des traumas. Dans une autre étude portant sur des femmes agressées physiquement, la perception de la disponibilité de soutien social est négativement corrélée avec l'intensité des symptômes d'ÉSPT (Astin, Lawrence, & Foy, 1993). Une méta-analyse indique également que le soutien perçu après l'ÉT corrèle négativement avec l'ÉSPT (Ozer et al., 2003).

Les étudiants israéliens ayant utilisé des stratégies de gestion du stress basées sur la résolution de problèmes après le trauma (« *state coping style* ») sont moins susceptibles d'éprouver un ÉSPT six mois après avoir été exposés à un ÉT (Gil, 2005).

1.2.3.4 Facteurs de protection chez les policiers

Les policiers qui perçoivent une plus grande disponibilité de soutien social (Friedman & Higson-Smith, 2003; McCaslin, Metzler, et al., 2006; Pole et al., 2005), qui rapportent une meilleure satisfaction envers le soutien reçu (Wilson et al., 1997) et qui perçoivent davantage de soutien émotionnel de la part des confrères et des superviseurs (Stephens, 1997) démontrent moins de symptômes post-traumatiques. Les policiers qui

décèlent une attitude d'ouverture parmi leurs collègues lorsqu'ils expriment leurs émotions et ceux qui peuvent parler aisément de leurs expériences traumatiques et de l'impact émotionnel de celles-ci dans leur contexte de travail présentent moins de symptômes de l'ÉSPT (Stephens, 1997; Stephens & Long, 2000). Par ailleurs, le *sentiment de cohérence* (c.-à-d. être en mesure de trouver un sens à l'événement et l'impression de posséder les ressources nécessaires pour le confronter) permet de diminuer les symptômes de l'ÉSPT chez les policiers (Friedman & Higson-Smith, 2003).

En somme, il ne fait aucun doute que certains éléments présents après l'ÉT puissent aggraver les réactions post-traumatiques, les maintenir ou au contraire faciliter l'adaptation des individus exposés à un ÉT (*voir* tableau B.1 et B.2 de l'appendice B).

1.2.4 Ampleur de l'effet des facteurs prévisionnels

Deux méta-analyses récentes qui traitent des prédicteurs de l'ÉSPT chez diverses populations (les civils et les militaires) permettent de dégager des résultats intéressants quant à l'impact de ceux-ci sur le développement de l'ÉSPT. La méta-analyse de Brewin et ses collaborateurs (2000) portant sur 14 prédicteurs provenant de 77 études permet d'observer que les prédicteurs les plus probants dans le développement de l'ÉSPT sont les facteurs péritraumatiques (plus précisément la sévérité de l'ÉT) et post-traumatiques (plus précisément le soutien social déficient et les événements stressants ultérieurs) comparativement aux facteurs prétraumatiques étudiés. Quant à Ozer et ses collaborateurs (2003), ils suggèrent également dans leur méta-analyse qui traite de sept prédicteurs tirés de 68 études que les facteurs péritraumatiques (c.-à-d. perception de menace à la vie, dissociation et réactions émotionnelles) et post-traumatiques (c.-à-d. soutien social perçu) expliquent mieux la modulation de l'ÉSPT que les facteurs prétraumatiques. Dans cette méta-analyse, la dissociation péritraumatique représente le meilleur prédicteur de l'ÉSPT. Dans le même sens, d'autres études constatent que les facteurs péritraumatiques constituent les plus importants prédicteurs de l'ÉSPT (Bernat et al., 1998; Martin & Marchand, 2003). Le tableau B.3 présenté à l'appendice B permet d'observer l'ampleur de l'effet des facteurs prévisionnels provenant des deux méta-analyses précédemment citées. Il est à noter que

l'ampleur de l'effet de ces facteurs varie de faible à modérée selon les normes établies par Cohen (1988).

Dans l'ensemble, ces deux méta-analyses révèlent des résultats sensiblement équivalents à ceux obtenus dans les études des populations policières. Elles indiquent aussi que le pouvoir prédictif des différents facteurs prévisionnels n'est pas uniforme et que l'ampleur de l'effet de chacun des prédicteurs peut différer, entre autres, en fonction de la population étudiée. D'après ces méta-analyses, il semble que les prédicteurs les plus probants du développement de l'ÉSPT chez diverses populations soient les facteurs péritraumatiques et post-traumatiques comparativement aux facteurs prétraumatiques (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003).

1.2.5 Autres facteurs prévisionnels

Il existe d'autres facteurs pouvant influencer la modulation de réactions post-traumatiques et ceux-ci n'ont pas été abordés dans cette recension sélective des écrits. Entre autres, certains facteurs révélés par l'expérience clinique sont pertinents à considérer lors de la prévention et de l'intervention auprès de victimes. Ces derniers sont discutés dans un chapitre écrit par Martin, Germain et Marchand (2006) et faisant partie d'un livre intitulé « *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements* » sous la direction de Dr Guay et Dr Marchand.

Par ailleurs, la recension courante ne tient pas compte des corrélats neurobiologiques et hormonaux (p. ex., l'activation noradrénergique, le niveau de cortisol, le volume hippocampique, les battements de cœur) ou encore des déficits neurocognitifs (p. ex., fonctions cognitives altérées, faible quotient intellectuel) qui ont été étudiés en tant que prédicteurs potentiels de l'ÉSPT dans certaines études. Plusieurs raisons justifient la décision de l'auteure de ne pas aborder ces facteurs dans ce chapitre. D'abord, ces facteurs ne pouvaient pas être mesurés dans le présent programme de recherche aux ressources modestes et limitées. Ensuite, afin de bien comprendre la neurobiologie de l'ÉSPT, il s'avère nécessaire de posséder des connaissances suffisantes quant aux processus neuraux et à la

neurocircuiterie du conditionnement de peur, ce qui dépasse l'objectif de ce chapitre. Finalement, les résultats des études demeurent encore disparates quant à l'implication des dérèglements neurobiologiques et hormonaux dans le trauma (Brunet, Sergerie, & Corbo, 2006). Il se trouve que la présence de dérèglements neurobiologiques peut constituer une variable médiatrice entre certains prédicteurs et l'ÉSPT. Par exemple, il apparaît envisageable que des anomalies structurales comme le volume hippocampique aient un effet médiateur sur la dissociation, mais les recherches à cet égard doivent se poursuivre (Bremner, 2009). Pour une meilleure compréhension de la neurobiologie de l'ÉSPT, le lecteur peut se référer aux chapitres de Taylor (2006) et de Brunet et ses collaborateurs (2006).

1.3 Limites des connaissances actuelles

De plus en plus d'études tentent de préciser les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT et leur impact afin de mieux comprendre comment se développe ce trouble et d'élaborer des stratégies de prévention. Cela représente une première étape dans l'évolution des connaissances actuelles. Malgré cela, les résultats des recherches sont parfois équivoques ce qui a pour effet de limiter notre compréhension des phénomènes à l'étude. Actuellement, il n'existe pas de consensus quant à l'importance et la force prévisionnelle de certains facteurs dans la modulation des symptômes de l'ÉSPT. Ces résultats ambigus peuvent s'expliquer par les nombreuses lacunes méthodologiques observées dans les recherches sur l'ÉSPT comme : le manque de rigueur dans plusieurs études; l'existence d'interactions non mesurées entre les variables; la difficulté d'isoler certaines variables; une opérationnalisation différente de construits identiques; la nature rétrospective et transversale des études; l'absence de groupe contrôle ou de mesures pré-post ou encore une taille échantillonnale réduite. En ce qui concerne le soutien social, les études rétrospectives et transversales ne permettent pas d'éliminer la possibilité que certains individus qui développent un ÉSPT soient moins enclins à demander à leurs proches du soutien ou encore que l'exposition à un ÉT diminue la perception de soutien disponible. L'ensemble de ces lacunes limite considérablement l'interprétation des liens observés entre les facteurs prévisionnels et l'ÉSPT.

Diverses populations ont été étudiées jusqu'à présent (les soldats, les victimes d'accidents, de sinistres, de désastres, etc.), ce qui permet d'agrandir notre champ de connaissance. Toutefois, peu d'études se sont attardées aux groupes à haut risque de subir des ÉT, outre les soldats. À notre connaissance, les policiers canadiens sont très peu étudiés et aucune étude n'existe à l'heure actuelle sur les prédictors de l'ÉSPT auprès de ce groupe. Les études portant sur des populations policières possèdent également leurs propres lacunes méthodologiques comme le recours à des questionnaires autoadministrés ou à des instruments démontrant de faibles propriétés psychométriques. De plus, certaines études mesurent la symptomatologie et les réactions à la suite d'un ÉT, mais n'évaluent pas spécifiquement le diagnostic de l'ÉSPT. Par ailleurs, il y a plusieurs recherches qui examinent les associations entre différents facteurs et l'ÉSPT à l'aide de corrélations ou de régressions simples uniquement, et ce, de manière transversale et non pas prospective. Ce type d'analyse ne permet pas d'établir les mécanismes causaux ni d'identifier les meilleurs prédictors de l'ÉSPT. Finalement, la majorité des écrits chez les policiers se concentre surtout sur les facteurs de risque plutôt que sur les facteurs de protection. Pourtant, les facteurs de risque et de protection constituent une dyade et doivent être étudiés conjointement afin de mieux comprendre le développement de l'ÉSPT. Il est essentiel d'examiner les facteurs de protection dans une perspective de prévention de l'ÉSPT chez ce groupe à haut risque, car ceux-ci, outre le soutien social, demeurent peu considérés.

1.4 Objectifs et hypothèses de recherche

Le projet de recherche courant vise à remédier à la pénurie d'études chez les policiers canadiens et à faire avancer les connaissances en ce qui a trait aux facteurs prévisionnels de l'ÉSPT chez cette population. Il tentera d'outrepasser certaines lacunes méthodologiques qui existent actuellement dans les écrits en utilisant des instruments valides pour diagnostiquer l'ÉSPT et pour mesurer les facteurs de risque et de protection potentiels, en examinant les associations entre les variables par le biais de régressions multiples et en employant une taille échantillonnale suffisamment importante. Ce projet s'avère prioritaire puisqu'il provient d'une demande du Programme d'aide aux policiers et policières (PAPP) et du comité paritaire du SPVM et qu'il est appuyé par l'Association paritaire pour la santé et

la sécurité du travail secteur « affaires municipales » (APSAM). La présente thèse s'inscrit dans un projet de recherche qui inclut à la fois un volet rétrospectif et un volet prospectif. La thèse porte uniquement sur le volet rétrospectif du projet de recherche global.

1.4.1 Objectif général de la recherche

L'objectif général de la recherche vise à mieux comprendre le développement de l'ÉSPT chez les policiers par une meilleure connaissance des facteurs qui y sont associés. Plus spécifiquement, la recherche consiste à évaluer et identifier auprès des policiers les prédicteurs qui augmentent leur vulnérabilité à développer un ÉSPT ainsi que les facteurs de protection qui facilitent leur adaptation à la suite d'un ou de plusieurs ÉT.

Par ailleurs, puisqu'il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude empirique qui analyse l'impact de l'ÉSPT sur la psychopathologie subséquente et sur le taux d'utilisation des services de santé chez les policiers canadiens, le deuxième article de la thèse s'attardera à ces questions.

1.4.2 Hypothèses de recherche

1.4.2.1 Premier article

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

1. Le développement des symptômes de l'ÉSPT ainsi que l'adaptation à la suite de l'ÉT le plus marquant seront mieux expliqués par certains facteurs péri et post-traumatiques que par les facteurs prétraumatiques;
2. Le développement des symptômes de l'ÉSPT chez les policiers sera davantage expliqué par les prédicteurs suivants : réactions dissociatives, sévérité de l'événement, perception des interactions sociales négatives;

3. L'adaptation chez les policiers sera mieux expliquée par la perception de soutien social positif. Puisque peu de données existent quant aux facteurs de protection chez les policiers, mis à part le soutien, l'impact des facteurs suivants sera analysé à titre exploratoire : stratégies de gestion du stress, personnalité résistante au stress, expérience antérieure du travail policier telle que reflétée par le nombre d'années dans le milieu policier lors du trauma.

1.4.2.2 Deuxième article

Le premier objectif de ce deuxième article consiste à évaluer si les policiers exposés à un ÉT sont plus susceptibles, comparativement aux policiers non exposés à un ÉT, de développer un plus grand nombre de psychopathologies subséquentes et si leurs résultats diffèrent sur des mesures de la personnalité résistante au stress et de gestion du stress.

Le deuxième objectif consiste à comparer les policiers exposés à un ÉT selon leur statut clinique au niveau de l'ÉSPT (c.-à-d. ÉSPT clinique, ÉSPT partiel ou aucun ÉSPT) à des indicateurs de la psychopathologie, de la personnalité résistante au stress, des stratégies de gestion du stress ainsi que sur l'utilisation des services de santé. Pour cet objectif, les hypothèses suivantes sont formulées :

1. Les policiers avec un ÉSPT clinique, comparativement aux policiers sans ÉSPT, seront à risque de développer des psychopathologies subséquentes;
2. Les policiers avec un ÉSPT clinique, comparativement aux policiers sans ÉSPT, rapporteront une plus grande utilisation des services de santé;
3. Les policiers avec un ÉSPT clinique, comparativement aux policiers sans ÉSPT, obtiendront des scores inférieurs sur les mesures de la personnalité résistante au stress et des stratégies de gestion du stress.

Les individus présentant un ÉSPT partiel seront également comparés aux policiers sans ÉSPT, mais ils seront analysés de façon exploratoire puisqu'aucune hypothèse n'a été formulée pour les policiers présentant un ÉSPT partiel.

1.5 Contenu de la thèse

La thèse se divise en quatre chapitres. Le chapitre I comporte une introduction générale qui expose l'état des connaissances dans le domaine du stress post-traumatique et des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT. Le chapitre II comprend un premier article empirique qui s'intitule « *Predictors of the Development of Posttraumatic Stress Disorder among Police* ». Cet article s'intéresse aux facteurs prévisionnels des réactions post-traumatiques chez une population de policiers. Au total, 132 policiers exposés à un ÉT ont participé à cette étude. À notre connaissance, il s'agit de la seule étude portant sur les prédicteurs de l'ÉSPT chez une population de policiers canadiens. Cet article a été soumis pour publication dans la revue scientifique *Journal of Trauma & Dissociation*. L'accusé de réception et la décision de publication se trouvent à l'Appendice C.

Le chapitre III présente les résultats d'un deuxième article empirique intitulé « *Traumatic events in the workplace: Impact on psychopathology and healthcare use of police officers* ». Cet article examine l'impact de l'exposition à un ÉT et l'impact d'un ÉSPT chez les policiers. Cette étude comprend à la fois des policiers qui ont été exposés à un ÉT et d'autres qui n'ont jamais été exposés à un ÉT. L'ensemble des policiers ($n = 159$) est évalué sur des indicateurs mesurant la psychopathologie, le recours aux soins de santé, la personnalité résistante au stress et les stratégies de gestion du stress. Cet article a été soumis pour publication dans la revue scientifique *International Journal of Emergency Mental Health*. L'accusé de réception et la décision de publication se trouvent à l'Appendice C.

Le chapitre IV présente une discussion générale et une analyse critique des résultats obtenus dans les deux articles empiriques. Ce chapitre décrit également un des modèles théoriques du développement de l'ÉSPT qui appuie les résultats obtenus. Puis, les implications cliniques des résultats sont discutées sous les aspects de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Les forces et les lacunes méthodologiques du projet de recherche sont soulignées. Finalement, des pistes de recherches futures sont suggérées.

CHAPITRE II
PRÉDICTEURS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTAT DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE CHEZ LES POLICIERS

Predictors of the Development of Posttraumatic Stress Disorder among Police

Mélissa Martin, MPs

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Quebec, Canada

André Marchand, PhD

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Quebec, Canada

Richard Boyer, PhD

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

Normand Martin, PhD

Programme d'aide aux policiers et policières, Service de police de la Ville de Montréal,
Quebec, Canada

This study was supported by scholarships awarded to the first author by the Fonds québécois de recherche société et culture and the Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), and by a research grant awarded to the second and third authors by the IRSST.

Résumé

Cette étude rétrospective examine les facteurs de risque et de protection dans le développement de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) chez un échantillon de 132 policiers canadiens. L'événement traumatique le plus marquant survenu au travail et le diagnostic d'un ÉSPT clinique ou partiel sont déterminés à l'aide d'une entrevue structurée. Les différents prédicteurs potentiels de l'ÉSPT sont évalués à l'aide de questionnaires autoadministrés complétés par les participants. Les résultats de l'étude suggèrent que 7,6 % des policiers de l'échantillon ont souffert d'un ÉSPT clinique, alors que 6,8 % ont éprouvé un ÉSPT partiel à la suite de leur événement marquant. Les résultats d'une régression logistique multiple indiquent que la dissociation péritraumatique constitue le facteur de risque le plus important pour le développement de l'ÉSPT clinique et partiel. Le soutien social des collègues pendant l'événement constitue, quant à lui, un facteur de protection significatif. Les implications cliniques de ces résultats sont discutées.

Mots-clés: ÉSPT; état de stress post-traumatique; policiers; prédicteurs; facteurs prévisionnels; facteurs de risque; facteurs de protection.

Abstract

This retrospective study examined risk and protective factors for the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of 132 Canadian police officers. A structured interview was conducted in order to assess for each participant the most distressing work-related traumatic event and determine diagnosis of full or partial PTSD. Participants completed self-administered questionnaires assessing several potential predictors. The results suggested that 7.6% of the participants developed full PTSD whereas 6.8% had partial PTSD following the incident at work. A multiple logistic regression analysis indicated that the most potent risk factor for the development of full or partial PTSD was peritraumatic dissociation. Social support from colleagues during the event emerged as a significant protective factor. Clinical implications of the findings are discussed.

Key words: PTSD; posttraumatic stress disorder; police; predictors; predictive factors; risk factors; protective factors.

Police officers encounter frequent and repetitive exposure to highly stressful events that can be life-threatening or pose a threat to their physical integrity. These potentially traumatic work experiences can have considerable repercussions on the psychosocial and occupational functioning of police and can even lead to the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) (McNally & Solomon, 1999).

Exposure to a traumatic event is a necessary but insufficient condition for the development of PTSD. In fact, the return to baseline functioning after a traumatic event often depends on the presence or absence of different factors that modulate posttrauma reactions. Risk factors are associated with the development, maintenance or exacerbation of posttraumatic symptomatology, whereas protective factors facilitate adaptation following a trauma and are associated with the prevention of PTSD reactions or a decrease in PTSD symptomatology (King, Vogt, & King, 2004). A better knowledge of the predictive factors of posttraumatic symptomatology will enable practitioners to carry out prevention and intervene more effectively. Predictive factors can be classified into three distinct categories: pretraumatic (attributes that existed prior to the trauma), peritraumatic (features present at the time of trauma and shortly thereafter), and posttraumatic (characteristics occurring after the trauma). So far, different authors (see for example King et al., 2004) have used this classification in their work which is useful to make comparisons of sets of predictors across studies. Furthermore, this grouping enables researchers to determine, based on their temporal proximity to the trauma, which factors have the greatest impact on PTSD.

Predictors of PTSD in Police

Pretraumatic Factors

The development of PTSD symptoms in police personnel is associated with cumulative exposure to duty-related critical incidents and occupational stressors (Friedman & Higson-Smith, 2003; Liberman et al., 2002). Prior experience and adequate training were found to be protective factors for PTSD development in some police studies (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996; Perrin et al., 2007), but not in others (Alexander & Wells,

1991; Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997). Contrary to previous research on civilians, studies of police officers found no relationship between prior adverse life events, previous individual or familial psychiatric problems, and PTSD (Carlier et al., 1997; Hodgins, Creamer, & Bell, 2001). In past literature, demographics have sometimes been related to PTSD, but many police studies failed to find a relationship between marital status, gender, age, rank, education, and PTSD (Carlier et al., 1997; McCaslin et al., 2006; Pole, Best, Metzler, & Marmar, 2005; Wilson, Poole, & Trew, 1997). In sum, results about pretraumatic factors are not always consistent. This can be explained in part by differences in study design, samples or instruments used, by the presence of concomitant or confounding variables, especially for demographics, and by the presence of moderator and mediating effects. Moreover, predictors may operate differently for different trauma populations (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000).

Peritraumatic Factors

Dissociation and peritraumatic distress (i.e., emotional and physiological responses) were related to PTSD in police (Hodgins et al., 2001; Marmar et al., 2006; McCaslin et al., 2006; Pole et al., 2005). Dissociative reactions at the time of trauma include a sense of emotional numbing, a reduction in awareness of one's surroundings, derealization, depersonalization, and memory impairment (Bryant, 2007). Variables indicating the severity of the traumatic event, such as exposure to death and the degree of incident exposure, were risk factors for PTSD symptoms (Carlier et al., 1997; Hodgins et al., 2001).

Posttraumatic Factors

Engaging in avoidance or passive coping strategies after the trauma was related to elevated PTSD symptomatology in police (Haisch & Meyers, 2004; Pole et al., 2005). Dissatisfaction with organizational support following the traumatic event and lack of social support outside of police work appeared to be posttraumatic risk factors (Carlier et al., 1997). In addition, officers who reported greater satisfaction with support (Wilson et al., 1997), greater perceived availability of social support (Friedman & Higson-Smith, 2003; McCaslin

et al., 2006; Pole et al., 2005), and greater emotional support from peers and supervisors (Stephens, 1997) had fewer PTSD symptoms.

Predictors in Other Populations

Two recent meta-analyses (Brewin et al., 2000; Ozer, Best, Lipse, & Weiss, 2003) of predictive factors for PTSD in military and civilian populations displayed results comparable to those obtained in police populations. According to these meta-analyses, peritraumatic (i.e., trauma severity or perceived life threat during the trauma, emotional and dissociative reactions) and posttraumatic factors (i.e., perception of positive social support, lack of social support, additional life stress) were stronger predictors of PTSD than pretraumatic factors. A more recent meta-analysis including 35 empirical studies confirmed that peritraumatic dissociation is a risk factor for PTSD (Breh & Seidler, 2007). Other predictors have also been found. Martin, Germain, and Marchand (2006) offer a comprehensive review of predictors.

Previous police studies on predictors of PTSD have shown several methodological limitations. To our knowledge, Canadian police officers are a relatively understudied population and there are no studies on predictors of PTSD among this population. The literature is also scarce on protective factors that promote recovery in police personnel after duty-related traumatic events. Apart from social support, few protective factors have been measured in police populations. Furthermore, some police studies use self-report questionnaires or instruments with limited psychometric properties. Others measure symptomatology and reactions following critical incidents, without looking specifically at posttraumatic stress symptoms and PTSD diagnosis. There are also studies that look at associations between different variables and PTSD only through correlations. However, these analyses do not help identify the marginal contributions of putative predictors of PTSD nor do they inform about any causal mechanisms. All these limitations narrow down the possible conclusions and render the comparison between studies difficult.

This study attempts to overcome some of the previous research limitations and use valid measures to assess PTSD and predictive factors. It also investigates French Canadian police officers, a culturally different sample and a new population among the literature on predictors of PTSD. Based on earlier research findings, we hypothesized that (a) peritraumatic and posttraumatic factors will be better predictors of the development of PTSD than pretraumatic factors; (b) peritraumatic dissociation, trauma severity, and perception of negative responses from significant others will be the most robust risk factors; and (c) perception of positive social support, whether at the peritraumatic or posttraumatic level, will be a protective factor. Prior work experience, adaptive coping strategies, and personality hardiness were examined as hypothetical protective factors.

Method

Participants

One hundred and sixty-nine French-speaking police officers from the Montreal metropolitan area were interviewed on a voluntary basis. Among these, 142 officers were included in the study since they had previously been exposed to at least one duty-related traumatic event as defined by criterion A(1) and A(2) for PTSD in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*; American Psychiatric Association, 1994). When participants reported several traumatic events, the interview focused on the most stressful. Other inclusion criteria were speaking and reading French, and being psychologically and physically fit to participate in an interview and answer several questionnaires. Exclusion criteria were being in a psychotic state, having suicidal ideation as well as presenting any severe mental disorder that, in the interviewer's judgment, might interfere with the participant's well-being. However, none of the interviewees was excluded from the study.

A two-phase data collection strategy was employed. First, participants were evaluated in a single interview. Second, they had to complete questionnaires at home and return them by mail. Among the 142 participants included, 10 (7%) officers did not complete

the study. One of them dropped out after the interview. The remainder did not return their questionnaires by mail. The reasons for their non-completion of the study are unknown. These participants are referred as non-completers. Completers of the two-phase process of the study were 132 participants (113 males and 19 females) with a mean age of 43 years ($SD = 11.53$) and an average of 15 years of education ($SD = 2.13$); 87% were married or cohabiting, and 71% were active police officers while 29% were retired.

There were no significant differences between completers and non-completers of the study in terms of number of PTSD symptoms, number of avoidance symptoms, PTSD diagnosis (full or partial), PTSD severity, number of current and lifetime psychiatric disorders, and demographics (e.g., age at interview and at the time of trauma, gender, education, work, and marital status).

Procedure

Recruitment involved contacting police officers from lists obtained through the Montreal Police Department of Human Resources. The research team randomly selected a total of 1,664 police officers among the 8,000 active and retired employees. Arbitrarily chosen officers received a letter at home explaining briefly the study and inviting them to participate. Officers who contacted the research coordinator were given details about the study and, if they were still interested, an appointment for an interview was scheduled. It is noteworthy that the response rate was small with 169 (10%) police officers recruited. One must remain careful in the interpretation of the following data since participation was low. Prior to the beginning of the interview, the study's procedures were explained to officers with an emphasis on confidentiality issues. To ensure confidentiality, a numeric code was attributed to each participant in place of their names. Interviews and questionnaires were kept in a secured and locked file drawer accessible only to the research personnel. Participants provided written informed consent. This study was approved by the research ethics committee of the Université du Québec à Montréal.

Measures

The French versions of the following instruments were used.

Diagnosis of PTSD. The PTSD module of the *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) was used to assess the diagnosis of PTSD with reference to the most stressful duty-related traumatic event. Qualified interviewers administered the whole module of PTSD. A diagnosis of partial PTSD was assigned when a subject did not have enough symptoms to qualify for full PTSD but had at least one *DSM-IV* (APA, 1994) PTSD criteria B, C, and D symptom, or at least one criterion B and two criterion D symptoms (Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004). The PTSD module of the *SCID-I* is both clinically sensitive and reliable (Keane & Barlow, 2002). Furthermore, the *SCID-I* is the most commonly used interview to assess Axis I psychiatric disorders (Keane & Barlow, 2002). Reliability studies indicated that the *SCID-I* has good-to-superb interrater reliability for establishing current disorders and moderate test-retest reliabilities for lifetime disorders (Rogers, 2001). Blind evaluations, performed by independent raters, consisted of rating 30% ($n = 40$) of randomly selected audiotaped *SCID-I* interviews. There was perfect interrater agreement ($\kappa = 1$) on diagnoses of PTSD.

Demographics. Collected demographics included gender, age, education attainment, marital status, and length of police service.

Pretraumatic factors. The *Life Events Checklist (LEC)*, which is part of the *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*; Blake et al., 1995), was used to investigate childhood and adulthood traumatic experiences that happened before the traumatic event at work. This checklist comprises a list of 16 incidents plus one open-ended item for events not listed. Respondents had to indicate if, outside of police work, they had experienced each event, if they had witnessed it, or if neither was applicable. They were also asked how the incident affected them, which enabled us to distinguish a stressful event (an event that fit diagnostic criterion A(1) of PTSD in *DSM-IV*) from a traumatic experience (an event that met both diagnostic criteria A(1) and A(2) of PTSD in *DSM-IV*). The *LEC* exhibited adequate temporal stability, good convergence with a measure of trauma history, the

Traumatic Life Events Questionnaire (Kubany et al., 2000), and was significantly correlated with psychological distress and PTSD symptoms (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004).

In the study, when a participant reported previous traumatic experiences off duty on the *LEC*, the whole PTSD module on the *SCID-I* was re-administered with reference to the worst traumatic event. This enabled us to determine a history of previous PTSD. To verify the existence of psychiatric disorders that predated the trauma, the *SCID-I* modules of anxiety disorders, substance-related disorders, and major depressive disorder were used. Blind evaluations were performed on 30% of randomly selected audiotaped *SCID-I* interviews. There was a very high level of interrater agreement on the presence or absence of these psychiatric disorders ($\kappa = .90$).

Familial psychiatric history was assessed with one question worded as follows: “Have any of your family members ever had psychological problems?” If applicable, respondents had to indicate their relationship to this person and the kind of problems the person had had. Furthermore, respondents were asked to indicate their age at the time of trauma, while prior work experience was evaluated as the number of years in the police force at the time of trauma.

The *World Assumptions Scale* (*WAS*; Janoff-Bulman, 1992) is a 32-item self-report questionnaire that measures beliefs in the benevolence and meaningfulness of the world, as well as self-worth. A study suggests that the *WAS* has shown adequate psychometric properties with estimates of reliability for each subscale ranging from .48 to .82 (Elklit, Shevlin, Solomon, & Dekel, 2007). The *WAS-French Version* has demonstrated good psychometric properties (Brillon, Marchand, & Prince, 2000).

The French version (Dufour-Pineault, 1997) of the *Short Hardiness Scale* (*SHS*; Bartone, 1995) is a 15-item self-report questionnaire that assesses three dimensions of personality hardiness: control, challenge, and commitment. Bartone (1999) reported acceptable internal consistency for the commitment, control, and challenge subscales ($\alpha = .77, .68, \text{ and } .69$, respectively). Internal consistency for each subscale in the French version ranged from .48 to .69 (Dufour-Pineault, 1997). Cronbach’s alpha coefficient for the total

measure was .82 for the original version and .66 for the French version. Test-retest reliability indicated correlations of .78 and .71 for the original and French versions respectively.

The *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)* (Endler & Parker, 1990) focuses on ways people react to various difficult, stressful, or upsetting situations. This inventory assesses task-, emotion-, and avoidance-oriented components of coping. The *CISS* has shown appropriate construct validity and several validation samples have identified very good psychometric properties for this instrument (Schwarzer & Schwarzer, 1996). The *CISS-French Version* has shown good internal validity (Rolland, 1994). Internal consistency, as calculated by coefficient alpha, was .86 for the emotion-oriented subscale, .87 for the task-oriented subscale, and .83 for the avoidance-oriented subscale.

Peritraumatic factors. Trauma severity was assessed using a questionnaire constructed by the research team. It measured a total of 13 objective and subjective dimensions of the traumatic event, such as the presence of physical and verbal aggression, unforeseeable or uncontrollable nature of the event, perception of a threat to the person's life or physical integrity, physical injury sustained, and contact with injured or deceased persons. Points were attributed for each characteristic endorsed. Higher total scores indicated greater trauma severity.

Peritraumatic dissociation was measured using the *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Self-Report Version (PDEQ-SRV)* (Marmar, Weiss, & Metzler, 1997). The *PDEQ* has shown high internal consistency reliability (alpha = .80) and good convergent and divergent validity (Marmar et al., 1997). The *PDEQ-French Version* was validated among French-speaking traumatized victims (Birmes et al., 2005). It showed satisfactory test-retest reliability and internal consistency. Significant correlations between the *PDEQ* and PTSD symptoms indicated moderate to strong convergent validity (Birmes et al., 2005).

Peritraumatic emotional and physical reactions were assessed using the two scales of the *Potential Stressful Events Interview (PSEI)* (Kilpatrick, Resnick, & Freedy, 1991). The *Initial Subjective Reaction (ISR)* emotional scale of the *PSEI* assessed 15 emotional

responses while the *ISR* physical scale of the *PSEI* assessed 10 physical symptoms common during a panic attack. Because of significant item-overlap and association between the five items of the dissociation/numbing subscale of the *ISR* emotional scale and the *PDEQ*, the dissociation/numbing subscale was excluded from the computation of the total score. The revised total score was computed by totalling the remaining 10 items (Bernat, Ronfeldt, Calhoun, & Arias, 1998). Internal consistency for the revised emotional scale is .70 and .86 for the physical scale (Bernat et al., 1998).

Two questions were developed by the research team to assess the perception of positive social support received from colleagues and their superior during or immediately after the traumatic event. The question read as follows: "In your opinion, did your partner or colleagues support you adequately during the event?" The same wording was used to measure support from the superior. Each question was answered using a 5-point Likert scale (1 = not at all; 5 = extremely).

Posttraumatic factors. The *Perceived Social Support Questionnaire* (Guay & Miller, 2000) is a self-administered questionnaire in French adapted from the scales of the *Perceived Supportive Spouse Behaviors* and *Perceived Negative Spouse Behaviors* (Manne, Taylor, Dougherty, & Kemeny, 1997). The positive social support scale measured the frequency of 11 perceived supportive behaviors (i.e., tangible and emotional support) received from a significant other (e.g., spouse, colleague, friend, or family member) in the month following the traumatic event. The negative responses scale measured the frequency of 12 perceived negative behaviors (i.e., criticism and avoidance) received from the same significant other. This questionnaire has shown high internal consistency for the positive and negative support scales (alphas = .87 and .85, respectively; St-Jean-Trudel, Guay, & Bonaventure, 2003). It has also shown moderate convergent validity ($r_s = .44$ and $-.43$, respectively) with the *Social Provisions Scale* (Cutrona and Russell, 1987).

To measure support received at work, two questions were developed by the research team to assess the perception of positive social support received from colleagues and their superior after the traumatic event. The question read as follows: "Following the event, rate the support you received from your colleagues." The same wording was used to measure

support from the superior. Each question was answered using a 5-point Likert scale (1 = I did not receive any support; 5 = I received enormous support).

Research Design

A correlational design was used for this study. Independent variables were (a) pretraumatic factors: demographics, work experience, age at time of trauma, history of individual and familial psychiatric disorders, previous stressful and traumatic events, personal beliefs, personality hardiness, and coping strategies; (b) peritraumatic factors: trauma severity, physical and emotional reactions, dissociation, and perceived social support from colleagues and their superior; and (c) posttraumatic factors: perceived social support from colleagues, their superior, and a significant other. Presence of full or partial PTSD versus absence of PTSD related to the worst traumatic event at work was the dichotomous dependent variable.

Statistical Analyses

Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 11.5. Prior to analyses, missing values were replaced with the mean for the entire series for 6 (4.5%) participants. Significant risk and protective factors identified in the simple logistic regression analyses were considered for a sequential multiple logistic regression analysis.

Results

Prevalence of PTSD

Almost 8% of the sample had lifetime full PTSD and 7% had lifetime partial PTSD following their most stressful duty-related traumatic event. At interview time, none of the participants had current PTSD with reference to that event. Regarding traumatic events that

occurred off duty and before the trauma at work, almost 5% of the sample met diagnostic criteria for lifetime full PTSD, and 6% met criteria for lifetime partial PTSD.

Prediction of PTSD Symptoms

Since there were not enough participants with full-blown PTSD following the event, subsequent analyses involved dichotomizing the participants' status. The symptomatic group included participants with full (7.6%) or partial (6.8%) PTSD, while the asymptomatic group included participants with no symptomatology or an insufficient number of symptoms to qualify for partial or full PTSD. Officers with full or partial PTSD did not differ significantly from one another in terms of trauma severity ($t(17) = 0.34, p > .05$), number of current psychiatric disorders ($t(17) = -1.0, p > .05$), number of lifetime psychiatric disorders ($t(17) = -1.28, p > .05$), and demographics such as age at interview ($t(17) = -2.05, p > .05$), age at time of trauma ($t(17) = 1.75, p > .05$), education attainment ($t(17) = 1.0, p > .05$), and work status (Fisher, $p > .05$). All officers with PTSD, either full or partial, were married or in a relationship. Furthermore, there were no significant differences in demographics between the symptomatic and asymptomatic groups, except for gender. Indeed, no women were diagnosed with full or partial PTSD following the duty-related event.

The data analysis of PTSD predictors was done in two phases. First, simple logistic regression analyses were used to examine the relationship of each independent variable with PTSD. Table 1 shows odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for all variables associated with presence of full and partial PTSD. Significant odds ratios greater than the number 1 are putative risk factors whereas odds ratios lower than 1 are assumed to be protective factors. Simple logistic regression analyses indicated that pretraumatic (personality hardiness), peritraumatic (social support from colleagues during the event, dissociation, physical and emotional reactions), and posttraumatic factors (social support from colleagues after the event) were significantly associated with full and partial PTSD.

Table 1
Association Between Potential Predictors and Presence of Full and Partial PTSD in a Simple Logistic Regression ($N = 132$)

Variable	Odds ratio	95% CI
Demographics ^a		
Age at interview	1.03	0.99–1.08
Years of education	0.90	0.70–1.14
Pretraumatic factors		
Number of previous stressful events off duty	0.95	0.81–1.11
History of previous traumatic events off duty ($n = 51$)	1.92	0.65–5.71
History of previous diagnosis of partial PTSD ^b ($n = 8$)	2.34	0.29–19.01
History of previous psychiatric disorders ($n = 26$)	0.91	0.27–3.00
History of psychiatric disorders in the family ($n = 32$)	1.24	0.38–4.03
Age at time of trauma	1.04	0.96–1.12
Work experience	1.00	0.99–1.01
Personal beliefs		
Benevolence of the world	0.86	0.59–1.26
Meaningfulness of the world	1.14	0.79–1.63
Self-worth	0.97	0.62–1.51
Total score	1.02	0.55–1.91
Personality hardiness		
Commitment	0.95	0.68–1.32
Challenge	0.74*	0.58–0.93
Control	0.99	0.69–1.44
Total score	0.70	0.46–1.06
Coping strategies		
Task-oriented coping	0.79	0.56–1.11
Emotion-oriented coping	1.10	0.81–1.49
Avoidance-oriented coping	0.84	0.64–1.09

Variable	Odds ratio	95% CI
Peritraumatic factors		
Trauma severity	1.05	0.77–1.43
Initial physical reactions	1.48*	1.06–2.07
Initial emotional reactions	1.60**	1.20–2.12
Dissociation	2.27***	1.60–3.24
Perception of positive social support		
From colleagues	0.77**	0.65–0.90
From the superior	0.90	0.78–1.04
Posttraumatic factors		
Perception of positive social support from a significant other	1.13	0.93–1.38
Perception of negative responses from a significant other	1.18	0.81–1.71
Perception of positive social support		
From colleagues	0.79**	0.66–0.93
From the superior	0.95	0.81–1.11

^a Gender was not entered in a simple regression since no women were diagnosed with full or partial PTSD.

^b History of previous diagnosis of full PTSD was not entered in a simple regression since none of the participants who met criteria for full or partial PTSD after the trauma at work was diagnosed with full PTSD previously.

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

Second, to clarify the adjusted contributions of these factors, a sequential multiple logistic regression analysis was performed on these six significant variables. Variables were entered in three consecutive blocks based on the chronological order of variables. Pretraumatic variables were entered on the first block. In the second block, peritraumatic variables were entered. Finally, the third block included posttraumatic variables. The three blocks were assessed sequentially using each time the forward entry method. In the first model, personality hardiness was significant ($\chi^2(1, N = 132) = 6.67, p < .05$) with an effect size of .09 (Nagelkerke R^2). Participants with higher scores on the Short Hardiness Scale were less likely to report PTSD symptoms ($OR_{adj.} = 0.74, p < .05, CI = 0.58-0.93$). The second model identified two significant peritraumatic factors, dissociation and social support, ($\chi^2(2, N = 132) = 31.10, p < .001$) with an effect size of .44 (Nagelkerke R^2). Participants with higher scores on the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire had a greater likelihood of experiencing PTSD symptoms ($OR_{adj.} = 2.17, p < .001, CI = 1.50-3.14$). Participants who scored higher on a question about positive social support received from colleagues were less likely to report PTSD symptoms ($OR_{adj.} = 0.80, p < .05, CI = 0.67-0.97$). The posttraumatic variables within the third block did not make an independent contribution to PTSD over and above the variables previously entered in the two blocks.

Discussion

Peritraumatic Predictors of PTSD

We first hypothesized that peritraumatic and posttraumatic factors would have a greater impact on PTSD than pretraumatic factors. This hypothesis was partially supported. In fact, one pretraumatic predictor, personality hardiness, was significant and explained 9% of the variance in the first model. The second model supported our hypothesis since two peritraumatic predictors (i.e., dissociation and positive social support from colleagues) explained an additional 35% of variance, that is, almost four times the variance explained by the first model. As suggested, peritraumatic factors were the most potent predictors of PTSD. However, no significant predictors emerged at the posttraumatic level. Overall, these

findings extend those of previous studies, where peritraumatic factors were among the best predictors of PTSD (Bernat et al., 1998; Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003).

Dissociation

Second, as hypothesized, peritraumatic dissociation was an important predictor of PTSD in our study. Moreover, like previous studies (Bernat et al., 1998; Martin & Marchand, 2003), we found that all peritraumatic reactions (i.e., dissociation, emotional, and physical reactions) were significantly intercorrelated. Moleman, van der Hart, and van der Kolk (1992) have suggested that physiological hyperarousal states may induce dissociation. A recent study found that physical symptoms of panic mediated the relationship between traumatic fear and peritraumatic dissociation (Fikretoglu et al., 2007). Therefore, it seems that intense emotional states lead to physiological hyperarousal which in turn precipitates dissociation. Even though dissociation is an attempt to cope with strong emotions and may be considered an adaptive response to trauma, several lines of research (Breh & Seidler, 2007; Ozer et al., 2003), including this study, suggest that it increases the risk for subsequent PTSD. However, a review of prospective studies indicated that peritraumatic dissociation is not an independent predictor of PTSD (van der Velden & Wittmann, 2008). When other factors, such as initial mental health problems, were controlled for, dissociation added no significant explanation of variance of PTSD. Furthermore, Bryant's (2007) literature review challenged the notion that a linear relationship exists between dissociation and PTSD. Recent evidence implies that the association between peritraumatic dissociation and subsequent PTSD seems more complex than it first appeared. While it is apparent in many studies, including this one, that peritraumatic dissociation is an important factor for PTSD, its independent predictive role is still unclear at this time.

Trauma Severity

Contrary to our hypotheses, trauma severity was not found to be a significant risk factor in our study. Trauma severity remains a complex and controversial concept since there

is no consensus as yet on the dimensions that should be comprised in this construct or how it should be measured (Martin et al., 2006).

Social Support

Partly consistent with our hypotheses, perceptions of peritraumatic and posttraumatic positive social support from co-workers were both significantly associated with PTSD. However, only peritraumatic social support (i.e., perceived support from co-workers in the first few hours or days following the trauma) remained a significant PTSD predictor in the final model. Earlier research with police officers as well as a recent meta-analysis also reported a protective effect of positive social support on PTSD (McCaslin et al., 2006; Ozer et al., 2003; Pole et al., 2005; Stephens, 1997).

No research to our knowledge has looked at social support as a peritraumatic protective factor. Social support is often measured in the months following trauma exposure rather than during or shortly thereafter. However, studies on high-risk populations (e.g., police, soldiers, firefighters, paramedics, or rescue workers) should focus on peritraumatic social support since co-workers and superiors are often present during the traumatic event. In our study, social support from the superior was not associated with PTSD. It may be that police tend to confide in their peers more than in their superiors. Moreover, peer social support could be considered more important than support from the superior since police culture values fraternity, complicity, and trust, especially between officers.

Contrary to expectations, perceptions of positive social support and negative responses from significant others were not significant predictors. One possible explanation is our measure of social support. The *Perceived Social Support Questionnaire* was first created to look specifically at spouse support, but we adapted this instrument to measure support received from any close personal relationship (work partner, spouse, family member, or friend). Some questions might have been less applicable or less relevant for support received from persons other than spouses.

Hypothetical Predictors

We also examined the impact of work experience and adaptive coping strategies which have been identified as protective factors in previous work (Dyregrov et al., 1996; Sharkansky et al., 2000). Yet, in our study, they were not significantly associated with PTSD.

Clinical Implications

The results of this study have implications for prevention and intervention guidelines. Throughout training years, police organizations can facilitate resiliency in their personnel by teaching adaptive coping skills, strategies to cope with strong emotions, as well as means to reduce physiological arousal and prevent occurrence of peritraumatic dissociation. After a traumatic event, individuals can be screened for PTSD through assessment of well-known peritraumatic risk factors. Clinicians can educate co-workers, supervisors, and even family members of traumatized officers on how to provide positive support. Finally, during treatment, therapists can facilitate the development of resilient mechanisms and lessen the negative impact of risk factors.

Limitations and Strengths

The conclusions that may be drawn from our findings are limited for several reasons. First, the correlational nature of the study's design does not permit causal inferences. Considering the small number of participants within the symptomatic group, one should be aware that it increases the probability of Type II error which could, in part, explain why some predictors were not significant in the study. Also, retrospective measurement can produce recall bias and influence the reported degree of some predictors, such as dissociation. Furthermore, police culture may promote more socially desirable answers, leading to underreporting of PTSD symptoms. In fact, few subjects met the criteria for PTSD. Another limitation is that our results may generalize primarily to police officers, a high-risk population not necessarily representative of civilian populations who face trauma.

Furthermore, our sample might not be entirely representative of all personnel working in the Montreal metropolitan area since participation was voluntary and response rate was small. The possibility that non-participants might have been more distressed or symptomatic cannot be excluded. Findings herein should be interpreted cautiously given the relatively small response rate and are therefore mostly applicable to the participants of this study.

Despite these limitations, our study has major methodological strengths. First, we measured potential PTSD predictors in a relatively understudied population. Then, a well-validated structured interview was used to diagnose PTSD and other psychiatric disorders, whereas many studies used self-administered questionnaires. Diagnoses of both lifetime and current PTSD were made. Using standardized instruments, this study measured numerous variables, which included both risk and protective factors. We measured several hypothetical protective factors not assessed before or not frequently evaluated in police studies (e.g., personality hardiness, personal beliefs, and coping). Various sources of social support (e.g., colleagues, superiors, and a significant other) and different types of social support (e.g., positive, negative, peri- and posttraumatic support) were also measured. Finally, multivariate analyses were used to delimit the impact of putative predictors.

Future Research

More prospective and longitudinal studies are encouraged in trauma research to examine the course of posttrauma reactions, to distinguish predictors for PTSD development from factors associated with PTSD maintenance or chronicity, and to investigate the impact of cumulative stressful events over time, especially for high-risk populations. Empirically sound research is also needed to delineate the role that dissociation may play in mediating subsequent PTSD and to critically examine the nature of this construct.

References

- Alexander, D.A., & Wells, A. (1991). Reactions of police officers to body-handling after a major disaster: A before-and-after comparison. *British Journal of Psychiatry, 159*, 547-555.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bartone, P.T. (1995, July). *A Short Hardiness Scale*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Society, New York.
- Bartone, P.T. (1999). Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51*, 72-82.
- Bernat, J.-A., Ronfeldt, H.-M., Calhoun, K.-S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 11*(4), 645-664.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., et al. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry, 20*(2), 145-151.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*(1), 75-90.
- Breh, D.C., & Seidler, G.H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma and Dissociation, 8*(1), 53-69.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Brillon, P., Marchand, A., & Prince, I. (2000, November). *How rape victims perceive the world, others, and themselves: Comparisons with symptomatology*. Poster session presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Bryant, R.A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 183-191.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Gersons, B.P.R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(8), 498-506.

- Cutrona, C.E., & Russell, D. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships, 1*, 37-67.
- Dufour-Pineault, M. (1997). *Hardiesse cognitive: Traduction française et validation préliminaire d'un instrument de mesure, le 15-item Dispositional Resilience (Hardiness) Scale*. Unpublished master's thesis, Université du Québec à Montréal, Montreal, Quebec, Canada.
- Dyregrov, A., Kristoffersen, J.I., & Gjestad, R. (1996). Voluntary and professional disaster-workers: Similarities and differences in reactions. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 541-555.
- Elklit, A., Shevlin, M., Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Factor structure and concurrent validity of the World Assumptions Scale. *Journal of Traumatic Stress, 20*(3), 291-301.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Best, S.R., Metzler, T.J., Delucchi, K., Weiss, D.S., et al. (2007). Peritraumatic fear, helplessness and horror and peritraumatic dissociation: Do physical and cognitive symptoms of panic mediate the relationship between the two? *Behaviour Research and Therapy, 45*, 39-47.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Friedman, M., & Higson-Smith, C. (2003). Building psychological resilience: Learning from the South African police service. In D. Paton, J.M. Violanti, & L.M. Smith (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 103-118). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., & Lombardo, T.W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment, 11*(4), 330-341.
- Guay, S., & Miller, J.-M. (2000). *Traductions du Perceived Supportive Spouse Behaviors et du Perceived Negative Spouse Behaviors*. Unpublished manuscript.
- Haisch, D.C., & Meyers, L.S. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 20*(4), 223-229.
- Hodgins, G.A., Creamer, M.C., & Bell, R.C. (2001). Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(8), 541-547.

- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Keane, T.M., & Barlow, D.H. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 418-453). New York: Guilford Press.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Freedy, J.R. (1991). *The Potential Stressful Events Interview*. Unpublished instrument, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina.
- King, D.W., Vogt, D.S., & King, L.A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. In B.T. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 34-64). New York: Guilford Press.
- Kubany, E., Haynes, S., Leisen, M., Owens, J., Kaplan, A., Watson, S., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment, 12*, 210-224.
- Liberman, A.M., Best, S.R., Metzler, T.J., Fagan, J.A., Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (2002). Routine occupational stress and psychological distress in police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management, 25*(2), 421-439.
- Manne, S.L., Taylor, K.L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine, 20*, 101-125.
- Marmar, C.R., McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Best, S., Weiss, D.S., Fagan, J., et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*, 1-18.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Martin, M., Germain, V., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 51-86). Montreal, Quebec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Martin, A., & Marchand, A. (2003). Prediction of posttraumatic stress disorder: Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among French-speaking university students. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*(2), 49-63.

- McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Best, S.R., Liberman, A., Weiss, D.S., Fagan, J., et al. (2006). Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 361-373.
- McNally, V.J., & Solomon, R.M. (1999). The FBI's Critical Incident Stress Management Program. *FBI Law Enforcement Bulletin, 68*, 20-26.
- Moleman, N., van der Hart, O., & van der Kolk, B.A. (1992). The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(4), 271-272.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52-73.
- Perrin, M.A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M. & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1385-1394.
- Pole, N., Best, S.R., Metzler, T., & Marmar, C.R. (2005). Why are Hispanics at greater risk for PTSD? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 11*(2), 144-161.
- Rogers, R. (2001). Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) and other Axis I interviews. In R. Rogers (Ed.), *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing* (pp. 103-148). New York: Guilford Press.
- Rolland, J.P. (1994). Caractéristiques métrologiques d'un inventaire de réactions aux situations stressantes: le C.I.S.S. de Endler et Parker. In M. Huteau (Ed.), *Les techniques psychologiques d'évaluation des personnes* (pp. 924-926). Paris: EAP.
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*(2), 85-95.
- Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 107-132). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Sharkansky, E.J., King, D.W., King, L.A., Wolfe, J., Erickson, D.J., & Stokes, L.R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 188-197.
- Stephens, C. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand police: Testing a multidimensional model of organisational traumatic stress. *Australasian*

Journal of Disaster & Trauma Studies, 1(1). Retrieved August 15, 2005, from <http://massey.ac.nz/trauma>.

St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Bonaventure, M. (2003, November). *Social support and anxiety disorders: A pilot study*. Poster session presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MS.

van der Velden, P.G., & Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1009-1020.

Wilson, F.C., Poole, A.D., & Trew, K. (1997). Psychological distress in police officers following critical incidents. *The Irish Journal of Psychology*, 18(3), 321-340.

CHAPITRE III
CONSÉQUENCES DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES AU TRAVAIL SUR LA
PSYCHOPATHOLOGIE ET L'UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ DES POLICIERS

Traumatic events in the workplace:
Impact on psychopathology and healthcare use of police officers

Mélissa Martin, MPs

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Quebec, Canada

André Marchand, PhD

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Quebec, Canada
Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Quebec, Canada

Richard Boyer, PhD

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

This study was supported by scholarships awarded to the first author by the Fonds québécois de recherche société et culture and the Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), and by a research grant awarded by the IRSST to the second and third authors.

Résumé

Cette étude rétrospective examine l'impact de l'exposition à des événements traumatiques (ÉT) et de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) chez 159 policiers canadiens. Une entrevue structurée permet de déterminer : 1) l'exposition antérieure à un ou des ÉT survenus au travail; 2) l'ÉT le plus marquant s'il y en a plusieurs; 3) le statut clinique au niveau de l'ÉSPT parmi les policiers exposés à un ÉT (c.-à-d. ÉSPT clinique, ÉSPT partiel ou aucun ÉSPT); et 4) les diagnostics de psychopathologie (c.-à-d. anxiété, dépression et troubles liés à l'utilisation d'une substance). Le recours aux services de santé, la personnalité résistante au stress et les stratégies de gestion du stress sont évalués à l'aide de questionnaires autoadministrés. Les données sont analysées à l'aide des tests du chi-carré, du test exact de Fisher et du test-t de Student. Les résultats indiquent que les policiers exposés à un ÉT, comparativement aux policiers non exposés, ne démontrent pas davantage de psychopathologies au moment de l'étude et n'obtiennent pas des résultats différents sur les mesures de la personnalité résistante au stress et de gestion du stress. Cependant, les policiers qui développent un ÉSPT clinique ou partiel en réponse à un ÉT, comparativement à ceux sans ÉSPT, sont plus susceptibles de développer ensuite un trouble de dépression majeur. Les policiers qui développent un ÉSPT clinique à la suite d'un ÉT, comparativement à ceux sans ÉSPT, rapportent qu'ils consultent davantage les médecins et les professionnels de la santé mentale, qu'ils se retrouvent plus souvent en congé de maladie et ils obtiennent des scores inférieurs sur une échelle de la personnalité résistante au stress. Un ÉSPT clinique a un impact sur les psychopathologies subséquentes, l'utilisation de soins de santé et la personnalité résistante au stress. Les implications cliniques de ces résultats sont discutées.

Mots-clés: ÉSPT; état de stress post-traumatique; policiers; santé mentale; soins de santé.

Abstract

This retrospective study examined the impact of exposure to duty-related traumatic events and of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among 159 Canadian police officers. Structured interviews were conducted (1) to assess the presence or absence of exposure to work-related traumatic events; (2) to identify the most traumatic incident; (3) to determine PTSD status (i.e., full, partial or no PTSD); and (4) to diagnose psychopathology (i.e., anxiety, depression and substance-related disorders). Healthcare use, hardiness and coping were assessed with self-administered questionnaires. Data were analyzed using chi-square tests, Fisher exact tests and Student's t-tests. Results showed that trauma-exposed officers were no more likely to have psychopathology at time of study and did not score differently on measures of hardiness and coping than non-exposed officers. However, trauma-exposed officers who developed full or partial PTSD were significantly more likely to experience depression in the aftermath of trauma than exposed officers without PTSD. After the trauma, police with full PTSD were significantly more likely to have medical appointments, consult a mental health professional, be on sick leave and score lower on a hardiness measure than officers without PTSD. Full PTSD affected subsequent psychopathology, healthcare use and hardiness. Clinical implications of the findings are discussed.

Key words: PTSD; posttraumatic stress disorder; police; mental health; healthcare; hardiness; coping.

Police work is identified as one of the most stressful occupations (Marmar et al., 2006). Exposure to duty-related critical incidents can have an impact on the psychosocial functioning of police. Following exposure, it is not uncommon for some officers to develop depressive symptoms or increase their alcohol consumption (Loo, 1986; Stratton, Parker, & Snibbe, 1984). Cumulative exposure and repeated occupational stressors put officers at risk for developing Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) (Friedman & Higson-Smith, 2003; Liberman et al., 2002). While risk factors are associated with an increase in PTSD symptoms following a trauma, protective factors facilitate adaptation and lead to fewer symptoms if any (King, Vogt, & King, 2004). Among protective factors for PTSD, approach-based coping strategies and personality hardiness have been associated with resiliency (Sharkansky et al., 2000; Zakin, Solomon, & Neria, 2003). In a recent police study, the commitment dimension of hardiness was negatively associated with PTSD symptoms among women officers (Andrew et al., 2008). It is therefore especially important to identify, among police personnel, protective factors that make them less vulnerable to developing PTSD and that sustain their resilience following trauma exposure.

Consequences of PTSD

When PTSD develops, sufferers can experience substantial impairment. This anxiety disorder has been associated with increased mental health consultations and healthcare use (Elhai, North, & Frueh, 2005; Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, & McCahill, 2000; Wang et al., 2005). A study of PTSD patients in the primary care medical setting revealed that they had greater functional disability at work, at home and in family and social life than patients without mental disorders (Stein et al., 2000). Individuals with some PTSD symptoms but not meeting full diagnostic criteria, namely, persons presenting subthreshold or partial PTSD, have been the subject of more recent investigation. In one study, these individuals were found to have rates of help seeking and levels of social impairment comparable to those of individuals with full PTSD (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997). Partial PTSD has also been associated with high rates of comorbid depression and anxiety disorders (Marshall et al., 2001).

Comorbidity associated with PTSD is the rule rather than the exception. In two large epidemiological studies, 58% and 75% of individuals suffering from PTSD also had a comorbid disorder (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Comorbidity was defined as the presence of two or more disorders occurring within a specified 12-month period. Among respondents with PTSD in the National Comorbidity Survey conducted in the United States, almost half of them had experienced major depressive episodes, about 20% had another anxiety disorder and more than 40% of male respondents also had substance use disorders (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

In police, PTSD has been associated with higher rates of divorce, increased medical consultations, perceptions of poorer physical health and more suicidal ideations (Maia et al., 2007). Officers with PTSD can also experience difficulties at work, such as reacting less alertly or less appropriately, taking too many or not enough risks, being less productive or having difficulties interacting with colleagues. These problems can put the officer's and his or her coworkers' safety in jeopardy (Carlier, 1999).

Objectives

To the best of our knowledge, there is no empirical study that measures the impact of PTSD on subsequent psychopathology and rate of healthcare use among Canadian police officers. The first objective of this study was to evaluate whether trauma-exposed Canadian police officers were more prone to experiencing psychopathology at time of study (i.e., anxiety, depression or substance-related disorders) and whether they scored differently on measures of hardiness and coping than non-exposed officers.

The second objective was to compare trauma-exposed officers with various PTSD statuses (i.e., full, partial or no PTSD), using indicators of psychopathology (i.e., anxiety, depression or substance-related disorders), hardiness, coping and healthcare use. For this objective, it was hypothesized that police with full PTSD following trauma exposure, compared to those without PTSD, would be at a higher risk for subsequent onset of

psychopathology, report greater healthcare consumption and score lower on measures of hardiness and coping. Since no hypothesis was formulated for police with partial PTSD, this group was evaluated for exploratory purposes.

Method

Participants

One hundred and sixty-nine French-speaking police officers from the Montreal metropolitan area were interviewed on a voluntary basis. Inclusion criteria were speaking and reading French, and being psychologically and physically fit to participate in an interview and answer several questionnaires. Exclusion criteria were being in a psychotic state, having suicidal ideation and presenting any severe mental disorder that, in the interviewer's judgment, might interfere with the participant's well-being. However, none of the interviewees was excluded from the study. Exposure to previous traumatic events was determined by criteria A(1) and A(2) for PTSD in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*; American Psychiatric Association, 1994). These criteria stipulate that a traumatic event involves both (1) having experienced or witnessed an event that involved death, injury or a threat to the physical integrity of self or others; and (2) that the person's response to the event must have been intense fear, helplessness or horror. Officers who had previously encountered at least one duty-related traumatic event were classified in the trauma-exposed police group. The others were allocated to the non-exposed police group.

Trauma-exposed police. One hundred and forty-two officers had previously been exposed to a traumatic event. Examples of traumatic events include the following: being a witness of suicide, homicide or conjugal violence, being involved in a school shooting, being threatened with a firearm, being injured, injuring a suspect or shooting someone. When participants reported several traumatic events, the face-to-face interview focused on the most stressful. Among the group of exposed officers, 10 (7%) of them did not complete the two phases of the study. One of these dropped out after the interview (first phase). The remainder

did not return their questionnaires by mail (second phase). The reasons for their non-completion of the study are unknown. These participants are referred to as non-completers. Completers of the two-phase process consisted of 132 participants (113 males and 19 females) with a mean age of 43 years ($SD = 11.53$) and an average of 15 years of education ($SD = 2.13$); 87% were married or cohabiting, and 71% were active police officers while 29% were retired.

There were no significant differences between completers and non-completers of the study in terms of number of PTSD symptoms, number of avoidance symptoms, PTSD conditions (full or partial), PTSD severity, number of current and lifetime mental disorders, and demographics (e.g., age at interview and at the time of trauma, gender, education, work and marital status).

Non-exposed police. Twenty-seven officers had never encountered a traumatic event at work. This group consisted of 21 males and 6 females with a mean age of 44 years ($SD = 12.89$) and an average of 15 years of education ($SD = 2.29$); 74% were married or cohabiting, and 67% were active police officers while 33% were retired.

Procedure

Recruitment involved contacting police officers from lists obtained through the Montreal Police Department of Human Resources. The research team randomly selected a total of 1,664 police officers among the 8,000 active and retired employees. Selected officers received a letter at home briefly explaining the study and inviting them to participate. Officers who contacted the research coordinator were given details about the study and, if they were still interested, an appointment for an interview was scheduled. In total, 169 (10%) of the officers responded and agreed to participate, representing a low response rate. A two-phase data collection strategy was employed. First, after receiving explanations of the study's procedures, officers who provided written informed consent were evaluated in a single interview. Second, they had to complete questionnaires at home and return them by mail. The following data must be interpreted with caution since participation was low,

suggesting a high level of self-selection. This study was approved by the research ethics committee of the Université du Québec à Montréal.

Measures

French versions of all the instruments were used.

Demographics and personal trauma history. Collected demographics included gender, age, education attainment, marital status and length of police service. Among trauma-exposed police, personal trauma history outside of police work was assessed using the *Life Events Checklist (LEC)*, which is part of the *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*; Blake et al., 1995). This checklist comprises a list of 16 traumatic experiences plus one open-ended item for events not listed. Respondents had to indicate if, outside of police work and before the work-related trauma, they had experienced each event, if they had witnessed it or if neither was applicable. The *LEC* exhibited adequate temporal stability, good convergence with a measure of trauma history—the *Traumatic Life Events Questionnaire* (Kubany et al., 2000)—and significant correlation with psychological distress and PTSD symptoms (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004).

Assessment of PTSD. The entire PTSD module of the *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) was administered, by qualified interviewers, only to police exposed to duty-related traumatic events and only with reference to the most traumatic work-related event. Partial PTSD was assigned when a participant did not have enough symptoms to qualify for full PTSD but had at least one symptom each for *DSM-IV* (APA, 1994) PTSD criteria B, C, and D, or of at least one criterion B and two criterion D symptoms (Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004). The PTSD module of the *SCID-I* is both clinically sensitive and reliable (Keane & Barlow, 2002). Furthermore, the *SCID-I* is the most commonly used interview to assess Axis I mental disorders (Keane & Barlow, 2002). Reliability studies indicate that the *SCID-I* has good-to-excellent interrater reliability for establishing current disorders and moderate test-retest reliabilities for lifetime disorders (Rogers, 2001). Blind evaluations were performed by

independent raters on 30% (n = 40) of randomly selected audiotaped *SCID-I* interviews. There was perfect interrater agreement ($\kappa = 1$) on diagnoses of PTSD.

Measures of psychopathology. Qualified interviewers used the *SCID-I* modules to measure the presence or absence of psychopathology, more specifically anxiety disorders, major depressive disorder and substance-related disorders. The authors of the present study differentiated psychopathology that was experienced in the aftermath of trauma from psychopathology that was present at time of study. Blind evaluations were performed on 30% of randomly selected audiotaped *SCID-I* interviews. There was a very high level of interrater agreement on the presence or absence of these mental disorders ($\kappa = .90$).

Measures of healthcare use. Among trauma-exposed police, the use of health services in the 12 months following the incident was documented using a questionnaire constructed by the research team. Respondents had to indicate whether they had had medical appointments, consulted a mental health professional (i.e., psychologist, psychotherapist or social worker) or used alternative medicine therapies (i.e., acupuncturist, chiropractor, homeopath, osteopath or massage therapist), regardless of whether the visit was related to difficulties or symptoms associated with the traumatic event. The number of officers on sick leave after the trauma was also documented.

Measure of hardiness. The French version (Dufour-Pineault, 1997) of the *Short Hardiness Scale* (SHS; Bartone, 1995) is a 15-item self-report questionnaire that assesses three dimensions of personality hardiness: (1) control, which refers to the belief that one is capable of managing stressful events; (2) challenge, which reflects the tendency to interpret stressful events as opportunities; and (3) commitment, which consists in the ability to find meaning in stressful events. Bartone (1999) reported acceptable internal consistency for the commitment, control and challenge subscales ($\alpha = .77, .68, \text{ and } .69$, respectively). Internal consistency for each subscale in the French version ranged from .48 to .69 (Dufour-Pineault, 1997). Cronbach's alpha coefficient for the total measure was .82 for the original version and .66 for the French version. Test-retest reliability indicated correlations of .78 and .71 for the original and French versions respectively. When measuring hardiness, researchers must be aware that the three dimensions of hardiness may have a different effect according to

gender. In addition, trauma exposure could influence hardiness levels. Therefore, hardiness levels, measured in this retrospective study, might not reflect a stable personality trait and instead be a result of exposure to stressful conditions.

Measure of coping. The *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)* (Endler & Parker, 1990) focuses on ways people react to various difficult, stressful or upsetting situations. This inventory assesses task-, emotion- and avoidance-oriented components of coping. The *CISS* has shown appropriate construct validity, and several validation samples have identified very good psychometric properties for this instrument (Schwarzer & Schwarzer, 1996). The *CISS-French Version* has shown good internal validity (Rolland, 1994). Internal consistency, as calculated by coefficient alpha, was .86 for the emotion-oriented subscale, .87 for the task-oriented subscale and .83 for the avoidance-oriented subscale.

Research Design

A correlational and cross-sectional design was used for this study. For the first objective, the dependent variables were indicators of (a) psychopathology, namely diagnoses of anxiety, depression and substance use; (b) hardiness; and (c) coping. Presence of exposure to duty-related traumatic events versus absence of exposure was the dichotomous independent variable. For the second objective, the dependent variables were indicators of (a) psychopathology, namely diagnoses of anxiety, depression and substance use; (b) healthcare use; (c) hardiness; and (d) coping. PTSD status after exposure to duty-related traumatic events (i.e., full PTSD, partial PTSD or no PTSD) was the independent variable.

Statistical Analyses

On some questionnaires, missing values were found among 6 (4.5%) participants in the trauma-exposed police group. Prior to analyses, missing values were replaced with the mean for the entire series. For the first objective, which was to compare trauma-exposed

police to non-exposed officers, the following analyses were used: chi-square and Fisher exact tests for categorical variables and Student's *t*-tests for continuous variables.

For the second objective, which was to compare the three groups of police exposed to trauma (i.e., full, partial or no PTSD), ANOVAs were used for continuous demographic variables and Fisher exact tests for categorical demographic variables. Group differences (i.e., no PTSD versus full PTSD; no PTSD versus partial PTSD) in terms of psychopathology, healthcare use, hardiness and coping were tested using chi-square and Fisher exact tests for categorical variables and Student's *t*-tests for continuous variables. For all tests, differences were considered statistically significant where $p < .05$.

Results

Comparison between Trauma-Exposed Police and Non-Exposed Police

Demographics. No significant differences were found between the two groups on age at interview ($t(157) = 0.21, p = .84$), gender (Fisher, $p = .38$), education ($t(157) = 0.99, p = .33$), number of children ($t(157) = 0.77, p = .44$), work status (active vs. retired) ($\chi^2(1, N = 159) = 0.22, p = .64$), marital status (Fisher, $p = .14$), and work experience (in years) of retired police ($t(45) = 0.50, p = .62$) and active police ($t(110) = -0.58, p = .57$).

Psychopathology. There were no significant differences between trauma-exposed police and non-exposed officers with regard to diagnoses, experienced at time of study, of anxiety disorders (6.1% vs. 7.4% respectively; Fisher, $p = .68$) and of major depressive disorder (2.3% vs. 3.7% respectively; Fisher, $p = .53$). Regarding substance-related disorders, none of the groups reported such conditions at time of study.

Hardiness and coping. No significant differences were found between the two groups on the *Short Hardiness* subscales of control ($t(157) = -0.82, p = .41$), challenge ($t(157) = 0.89, p = .38$), commitment ($t(157) = 0.11, p = .91$) and total score on this measure ($t(157) = 0.25, p = .81$). Likewise, there were no significant differences between groups with

regard to task-oriented ($t(157) = 0.66, p = .51$), emotion-oriented ($t(157) = -1.04, p = .31$) and avoidance-oriented coping strategies ($t(157) = -0.78, p = .44$).

Prevalence of PTSD among Trauma-Exposed Police

Following their most traumatic duty-related event, almost 8% ($n = 10$) of the officers developed full PTSD, 7% ($n = 9$) developed partial PTSD and about 86% ($n = 113$) had no PTSD. At time of study, none of the participants had PTSD with reference to that event.

Comparison between the Three Groups of Trauma-Exposed Police

Demographics. No significant differences were found between the three groups (i.e., full PTSD, partial PTSD and no PTSD) on age at interview ($F(2, 129) = 1.82, p = .17$), education ($F(2, 129) = 0.74, p = .48$), number of children ($F(2, 129) = 1.51, p = .23$) and work experience (in years) of retired police ($F(2, 35) = 1.66, p = .21$). Regarding work experience of active police, significant group differences were found ($F(2, 91) = 6.94, p < .01$). Further analysis revealed that the partial PTSD group had significantly more years of experience than the no PTSD group ($t(91) = -3.68, p < .01$). There were no significant differences either between the no PTSD group and the full PTSD group, or the no PTSD group and the partial PTSD group on work status (active vs. retired) (Fisher, $p = 1.0$ for both analyses), gender (Fisher, $p = .36; p = .35$, respectively), marital status (Fisher, $p = .35; p = .36$, respectively) and trauma history prior to the work-related trauma (Fisher, $p = .74; p = .48$, respectively).

The distribution of the variables related to psychopathology, healthcare use, hardiness and coping in the three trauma-exposed groups of officers (i.e., full PTSD, partial PTSD and no PTSD) are depicted in Table 1.

Table 1 Relationships Between Posttraumatic Stress Disorder and Psychopathology, Healthcare use, Hardiness and Coping

Variables	Groups			Group comparison	
	No PTSD ¹ (<i>n</i> = 113)	Partial PTSD ² (<i>n</i> = 9)	Full PTSD ³ (<i>n</i> = 10)	1 vs. 2	1 vs. 3
	Subsequent psychopathology				
Anxiety disorders after the trauma	4.4%	0.0%	20.0%	Fisher, <i>p</i> = 1.0	Fisher, <i>p</i> = .10
Anxiety disorders at time of study	6.2%	11.1%	0.0%	Fisher, <i>p</i> = .47	Fisher, <i>p</i> = 1.0
Major depressive disorder after the trauma	15.0%	44.4%	60.0%	Fisher, <i>p</i> = .046	Fisher, <i>p</i> = .03
Major depressive disorder at time of study	2.7%	0.0%	0.0%	Fisher, <i>p</i> = 1.0	Fisher, <i>p</i> = 1.0
Substance-related disorders after the trauma ^a	0.9%	22.2%	10.0%	Fisher, <i>p</i> = .01	Fisher, <i>p</i> = .16
	Healthcare use				
Medical appointments	44.2%	22.2%	90.0%	Fisher, <i>p</i> = .30	Fisher, <i>p</i> = .01
Consultations with mental health professionals	13.3%	11.1%	60.0%	Fisher, <i>p</i> = 1.0	Fisher, <i>p</i> = .02
Use of alternative medicine therapies	24.8%	0.0%	30.0%	Fisher, <i>p</i> = .12	Fisher, <i>p</i> = .71
Sick leave	12.4%	11.1%	60.0%	Fisher, <i>p</i> = 1.0	Fisher, <i>p</i> = .01

Variables	Groups			Group comparison	
	No PTSD ¹ (<i>n</i> = 113)	Partial PTSD ² (<i>n</i> = 9)	Full PTSD ³ (<i>n</i> = 10)	1 vs. 2	1 vs. 3
Hardiness and coping					
Personality hardiness					
Commitment	8.01	8.30	7.53	<i>t</i> (120) = -0.58, <i>p</i> = .57	<i>t</i> (121) = 0.99, <i>p</i> = .32
Challenge	6.71	5.63	5.13	<i>t</i> (120) = 1.58, <i>p</i> = .12	<i>t</i> (121) = 2.36, <i>p</i> = .02
Control	6.99	6.74	7.20	<i>t</i> (120) = 0.54, <i>p</i> = .59	<i>t</i> (121) = -0.49, <i>p</i> = .63
Total score	7.24	6.89	6.62	<i>t</i> (120) = 0.86, <i>p</i> = .39	<i>t</i> (121) = 1.64, <i>p</i> = .10
Coping strategies					
Task-oriented coping	7.15	7.0	6.38	<i>t</i> (120) = 0.31, <i>p</i> = .76	<i>t</i> (121) = 1.70, <i>p</i> = .09
Emotion-oriented coping	3.45	3.37	3.97	<i>t</i> (120) = 0.16, <i>p</i> = .88	<i>t</i> (121) = -1.01, <i>p</i> = .32
Avoidance-oriented coping	4.22	3.54	3.61	<i>t</i> (120) = 1.03, <i>p</i> = .31	<i>t</i> (121) = 0.97, <i>p</i> = .33

^a The «substance-related disorders at time of study» variable is not shown in the table since prevalence rates were null for all three groups.

Impact of Full PTSD

Subsequent psychopathology. After the trauma, the full PTSD group, compared to the no PTSD group, was significantly more likely to have experienced major depressive disorder (60% vs. 15%). Moreover, despite higher percentage rates, the full PTSD group, compared to the no PTSD group, was not significantly more likely to have experienced, after the trauma, anxiety disorders (20% vs. 4%) or substance-related disorders (10% vs. 1%). No significant differences were found between the full PTSD and the no PTSD groups in terms of likelihood of having, at time of study, anxiety disorders (0% vs. 6%), major depression (0% vs. 3%) and substance-related disorders (0% vs. 0%).

Healthcare use. In the 12 months following the trauma, the full PTSD group, compared to the no PTSD group, was significantly more likely to have had a medical appointment (90% vs. 44%), have been on sick leave (60% vs. 12%) and have consulted a mental health professional (60% vs. 13%). Psychologists were the only mental health professionals that officers consulted. There were no significant differences between groups in use of alternative medicine therapies after the trauma (30% vs. 25%).

Hardiness and coping. Regarding scores on measures of hardiness and coping, the only significant difference was on the challenge subscale of the *Short Hardiness Scale*. The full PTSD group had significantly lower scores ($M = 5.13$) than the no PTSD group ($M = 6.71$).

Impact of Partial PTSD

Subsequent psychopathology. After the trauma, the partial PTSD group, compared to the no PTSD group, was significantly more likely to have experienced major depressive disorder (44% vs. 15%) and substance-related disorders (22% vs. 1%). However, the partial PTSD group, compared to the no PTSD group, was not significantly more likely to have experienced, after the trauma, anxiety disorders (0% vs. 4%). No significant differences were found between the partial PTSD and the no PTSD groups in terms of likelihood of having, at

time of study, anxiety disorders (11% vs. 6%), major depression (0% vs. 3%) and substance-related disorders (0% vs. 0%).

Healthcare use. Following their trauma, the partial PTSD group was no more likely than the no PTSD group to have had a medical appointment (22% vs. 44%), been on sick leave (11% vs. 12%), consulted a mental health professional (11% vs. 13%) or used alternative medicine therapies (0% vs. 25%).

Hardiness and coping. No significant differences were found between the partial PTSD and the no PTSD groups on scores of hardiness and coping.

Discussion

Prevalence of PTSD

Among police assessed in this study, 84% had been exposed to a traumatic event during their shift. Among those exposed, 7.6% had developed full PTSD afterward. This estimate is consistent with several worldwide studies conducted on police. Two studies found that 7% of officers from the Netherlands and New Zealand were diagnosed with PTSD (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997; Stephens & Miller, 1998). A recent study on Brazilian police found that 8.9% of them had full PTSD (Maia et al., 2007). Kessler et al.'s (2005) study indicates that the lifetime prevalence estimate of PTSD in the general population is 6.8%. Even though police officers encounter repeated adversities, they do not seem to be at greater risk of developing PTSD than other members of the community. The participants in this study can be considered highly resilient officers with effective adaptation skills. How can these low levels of PTSD symptomatology among such a high-risk population be explained? Diverse explanations are possible for these low levels of posttraumatic symptomatology in police. First, they undergo pre-employment psychological screening designed to select fit-for-duty personnel (Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, & Foreman, 1996). Police also receive rigorous training for handling stressful incidents, which can provide a form of stress inoculation (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996; Marmar et

al., 1996). Furthermore, they accumulate day-to-day experience in many adverse situations (Dyregrov et al., 1996). Self-selection may also be present, such that police who cannot handle the stress of the profession may decide to leave the police force early on (Carlier et al., 1997). Another possibility is that police may have purposely decided not to report PTSD if they perceived this condition as a sign of weakness that they must hide to others. An alternative explanation for the low symptomatology found in police samples might be that many police organizations have an employee assistance program that provides free access to mental health services for officers in need.

Impact of Exposure to Duty-Related Traumatic Events

Since police work requires facing repeated adversities, it is necessary for officers to deal with exposure to such events without enduring serious disruptions in normal life functioning. At time of study, trauma-exposed officers were no more likely to have psychopathology and did not score differently on measures of hardiness and coping than non-exposed officers. These results showed that sole exposure to duty-related traumatic events did not lead to impairment among police.

Impact of PTSD on Subsequent Psychopathology

It was hypothesized that police with full PTSD, compared to those without PTSD, would be at higher risk for subsequent onset of psychopathology other than PTSD. This hypothesis was partially supported. Indeed, trauma-exposed officers with full PTSD were more likely to experience major depressive disorder in the aftermath of trauma than officers without PTSD. Substantial rates of comorbid major depression have been reported in PTSD sufferers. Almost 50% of respondents diagnosed with PTSD in the National Comorbidity Survey had experienced major depressive episodes (Kessler et al., 1995). In our study, 60% of the officers with full PTSD developed depression after the trauma. These results are also consistent with recent studies which have shown that only individuals with PTSD, compared to exposed persons without PTSD, are at higher risk for subsequent onset of major depression (Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 2000; Breslau, Davis, & Schultz, 2003).

Contrary to hypothesis, trauma-exposed police with full PTSD, compared to officers without PTSD, appeared no more likely to experience anxiety or substance-related disorders afterward. These results are inconsistent with previous epidemiological studies which indicated that PTSD is associated with high comorbidity rates and subsequent onset of drug use disorders (Breslau et al., 2000; 2003; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Kessler et al., 2005). In Kessler's et al. study (1995), 20% of PTSD cases had a comorbid anxiety disorder. In our study, 20% of the officers with PTSD developed another anxiety disorder in the aftermath of trauma compared to 4% of those without PTSD, but this difference was not statistically significant. It is worth noting that officers who met full PTSD criteria following their trauma had no diagnosis of anxiety, depression or substance use at time of study, reflecting their capabilities to cope and adjust to critical incidents in the long-term. Moreover, police officers undergo screening for psychopathology designed to select fit-for-duty personnel, which might influence the likelihood of their developing comorbidity after trauma.

The officers who developed partial PTSD, compared to those without PTSD, were more likely, after the trauma, to experience major depressive disorder and substance-related disorders. These results indicate that partial PTSD among police officers leads to some impairment with regards to mental health. Similar to the results obtained in our study, veterans with subthreshold PTSD have been found to have higher levels of depression than veterans without PTSD (Grubaugh et al., 2005; Yarvis, Bordnick, Spivez, & Pedlar, 2005). The often-found association between PTSD and depression may reflect shared underlying vulnerabilities (Breslau et al., 2000; 2003). However, officers with partial PTSD in our study were not found more likely to have had anxiety disorders after the trauma or to have met diagnostic criteria for anxiety, depression or substance use disorders at time of study.

Impact of PTSD on Healthcare Use

Our hypothesis that police with full PTSD, compared to those without, would make greater use of healthcare services was supported. After the trauma, police with full PTSD

were indeed more likely to consult mental health professionals, have medical appointments and be on sick leave.

In our study, officers with partial PTSD, compared to those without PTSD, did not report greater healthcare consumption. Similarly, a recent study failed to find any significant differences between police with partial PTSD and those without PTSD in terms of health-related variables (i.e., history of psychiatric treatment, use of medical services, hospital admissions and physical health rating) (Maia et al., 2007).

Impact of PTSD on Hardiness and Coping

It was hypothesized that police with full PTSD, compared to those without, would score lower on measures of hardiness and coping. Contrary to hypothesis, no coping differences emerged between police with full PTSD and those with no PTSD. Regarding hardiness, our hypothesis was partly supported. Officers who met full PTSD criteria, compared to those without, scored lower on the challenge subscale of personality hardiness. The individuals who scored lower on this dimension appeared less inclined to perceive stressful events as an opportunity for personal growth. They also appeared less open to change and challenges in life. It should be noted that, as mentioned previously, hardiness scores were not significantly different between the trauma-exposed and non-exposed officers, but were lower solely among the exposed officers who met full PTSD criteria. While hardiness is relatively stable over time, it can change under certain conditions (Maddi & Kobasa, 1984). It is difficult to say at this time whether less hardy officers are at greater risk for developing PTSD once exposed to trauma or whether PTSD depletes hardiness. Furthermore, the authors of another police study found that, among the three dimensions of hardiness, only commitment was significantly associated with lower levels of PTSD in women, whereas no dimension of hardiness was significantly associated with PTSD symptoms in men (Andrew et al., 2008). Different dimensions of hardiness may operate differently for both genders.

As for trauma-exposed officers with partial PTSD, they were no different from individuals without PTSD in terms of personality hardiness and coping abilities.

Clinical Implications

Even though this study presents limited evidence of impairment associated with partial PTSD, we urge clinicians and researchers not to overlook the possible implications of partial PTSD. In a police population, having partial PTSD may result in occupational impairment that can diminish performance of work-related tasks and put the officer's safety at risk. Clinical attention and intervention should be directed not only at police who show full PTSD syndrome, but also at those with subsyndromal symptomatology. Since return to work is a high priority in a police population, clinicians could focus intervention efforts on PTSD symptoms that have been found to lead to greater occupational impairment, namely, reexperiencing, hyperarousal and depression symptoms (Taylor, Wald, & Asmundson, 2006). These symptom clusters are associated with mental alertness and concentration. Furthermore, in occupations requiring that employees work in trauma-related situations, such as police work, avoidance symptoms might also be a good target for intervention.

Moreover, exposure to trauma can not only lead to the development of PTSD, but also trigger a range of other mental disorders. In the aftermath of trauma, clinicians should stay on the lookout for the development of disorders other than PTSD. Since comorbidity with other disorders is to be expected among PTSD patients, careful assessment is needed to adjust treatment. Clinicians should always screen for substance use and major depression, as comorbidity rates are frequent. When a comorbid major depressive disorder is present, it is recommended that the depression be treated first (Brillon, 2004). Early intervention is required with PTSD patients since this disorder typically follows a chronic course if untreated. Moreover, early intervention for primary PTSD is especially important to prevent comorbidity and improve prognosis.

PTSD has also been associated with poorer health functioning and more intense physical symptoms (Gillock, Zayfert, Hegel, & Ferguson, 2005). Not surprisingly, PTSD

leads to greater healthcare consumption. Some traumatized police officers may use medical services for physical complaints (e.g., sleep and concentration difficulties) without recognizing or understanding that their physical symptoms are indicative of an anxiety disorder. Psychologists working within a police organization should educate this population about normal or expected stress reactions following work-related trauma and help them distinguish these reactions from pathological stress reactions that warrant clinical attention.

It would be advisable for organizations that employ individuals likely to encounter traumatic events in the workplace to implement strategies designed to prevent or attenuate the immediate or long-term impact of these traumatic events. Such strategies should be based on the literature on protective factors. For example, training of police recruits could focus on the development of personality hardiness. Recently, researchers have described strategies and principles for fostering mental toughness, and a new model of police officer resiliency has been put forth (Miller, 2008; Paton et al., 2008).

Limitations and Strengths

The conclusions that may be drawn from our findings are limited for several reasons. First, retrospective measurement can produce recall error. Also, police culture may promote officers to give more socially desirable answers, leading to underreporting of PTSD symptoms. Moreover, our results concern police officers, a high-risk population, and it therefore remains to be determined whether the results also apply to civilian populations who face trauma. Furthermore, our sample is not entirely representative of all police personnel working in the Montreal metropolitan area since participation was voluntary and the response rate low. The possibility exists that non-participants might have been more distressed or symptomatic. Finally, the probability of Type I and Type II errors cannot be excluded given that multiple testing adjustments were not made and that the group sizes were small and uneven.

Despite these limitations, our study has major methodological strengths. First, the impact of exposure to duty-related traumatic events and of PTSD was measured in a

relatively understudied population. Second, a well-validated structured interview was used to diagnose PTSD and other mental disorders, in contrast to the self-administered questionnaires used in many other studies.

Future Research

Prospective and longitudinal studies are encouraged in trauma research to investigate the impact of cumulative stressful events over time, especially for high-risk populations. Further investigation is needed regarding the impact of partial PTSD on work and psychosocial functioning of police personnel. At present, it is not known whether individuals who experience duty-related trauma are more impaired in work functioning than other populations whose trauma is unrelated to work. Predictors of work impairment among officers with PTSD should be studied. Researchers should continue investigating protective factors that enable police officers to adapt to challenges in their work and remain resilient in the face of trauma. Hopefully, with more clinical and research efforts to come, the quality of life of individuals with PTSD will be improved.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrew, M.E., McCanlies, E.C., Burchfiel, C.M., Charles, L.E., Hartley, T.A., Fekedulegn, D., et al. (2008). Hardiness and psychological distress in a cohort of police officers. *International Journal of Emergency Mental Health, 10*(2), 137-148.
- Bartone, P.T. (1995, July). *A Short Hardiness Scale*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Society, New York.
- Bartone, P.T. (1999). Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51*, 72-82.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*(1), 75-90.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., & Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry, 48*, 902-909.
- Breslau, N., Davis, G.C., & Schultz, L.R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry, 60*, 289-294.
- Brillon, P. (2004). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : Guide à l'intention des thérapeutes*. Montreal: Les éditions Quebecor.
- Carlier, I.V.E. (1999). Finding meaning in police traumas. In J.M. Violanti & D. Paton (Eds.), *Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat* (pp. 227-239). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Gersons, B.P.R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(8), 498-506.
- Dufour-Pineault, M. (1997). *Hardiesse cognitive: Traduction française et validation préliminaire d'un instrument de mesure, le 15-item Dispositional Resilience (Hardiness) Scale*. Unpublished master's thesis, Université du Québec à Montréal, Montreal, Quebec, Canada.
- Dyregrov, A., Kristoffersen, J.I., & Gjestad, R. (1996). Voluntary and professional disaster-workers: Similarities and differences in reactions. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 541-555.

- Elhai, J.D., North, T.C., & Frueh, B.C. (2005). Health service use predictors among trauma survivors: A critical review. *Psychological Services, 2*(1), 3-19.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(420), 28-37.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Friedman, M., & Higson-Smith, C. (2003). Building psychological resilience: Learning from the South African police service. In D. Paton, J.M. Violanti, & L.M. Smith (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 103-118). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Gillock, K.L., Zayfert, C., Hegel, M.T., & Ferguson, R.J. (2005). Posttraumatic stress disorder in primary care: Prevalence and relationships with physical symptoms and medical use. *General Hospital Psychiatry, 27*, 392-399.
- Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., & Lombardo, T.W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment, 11*(4), 330-341.
- Grubaugh, A.L., Magruder, K.M., Waldrop, A.E., Elhai, J.D., Knapp, R.G., & Frueh, B.C. (2005). Subthreshold PTSD in primary care: Prevalence, psychiatric disorders, healthcare use, and functional status. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(10), 658-664.
- Keane, T.M., & Barlow, D.H. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 418-453). New York: Guilford Press.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.

- King, D.W., Vogt, D.S., & King, L.A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. In B.T. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 34-64). New York: Guilford Press.
- Kubany, E., Haynes, S., Leisen, M., Owens, J., Kaplan, A., Watson, S., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment, 12*, 210-224.
- Liberman, A.M., Best, S.R., Metzler, T.J., Fagan, J.A., Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (2002). Routine occupational stress and psychological distress in police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management, 25*(2), 421-439.
- Loo, R. (1986). Post-shooting stress reactions among police officers. *Journal of Human Stress, 12*(1), 27-31.
- Maddi, S.R., & Kobasa, S.C. (1984). *The Hardy Executive*. Homewood, IL: Jones-Irwin.
- Maia, D.B., Marmar, C.R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M.V., Coutinho, E.S.F., & Figueira, I. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders, 97*(1-3), 241-245.
- Marmar, C.R., McCaslin, S., Metzler, T.J., Best, S., Weiss, D.S., Fagan, J., et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. In R. Yehuda (Ed.), *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorders: A decade of progress* (pp. 1-18). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Ronfeldt, H.M., & Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress, 9*(1), 63-85.
- Marshall, R.D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E.L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1467-1473.
- Miller, L. (2008). Stress and resilience in law enforcement training and practice. *International Journal of Emergency Mental Health 10*(2), 109-124.
- Paton, D., Violanti, J.M., Johnston, P., Burke, K.J., Clarke, J., & Keenan, D. (2008). Stress shield: A model of police resiliency. *International Journal of Emergency Mental Health 10*(2), 95-108.

- Rogers, R. (2001). Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) and other Axis I interviews. In R. Rogers (Ed.), *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing* (pp. 103-148). New York: Guilford Press.
- Rolland, J.P. (1994). Caractéristiques métriques d'un inventaire de réactions aux situations stressantes: le C.I.S.S. de Endler et Parker. In M. Huteau (Ed.), *Les techniques psychologiques d'évaluation des personnes* (pp. 924-926). Paris: EAP.
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*(2), 85-95.
- Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 107-132). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Sharkansky, E.J., King, D.W., King, L.A., Wolfe, J., Erickson, D.J., & Stokes, L.R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 188-197.
- Stein, M.B., McQuaid, J.R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M.E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry, 22*, 261-269.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., & Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry, 154*(8), 1114-1119.
- Stephens, C., & Miller, I. (1998). Traumatic experiences and traumatic stress disorder in the New Zealand police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management, 21*(1), 178-191.
- Stratton, J.G., Parker, D.A., & Snibbe, J.R. (1984). Post-traumatic stress: Study of police officers involved in shootings. *Psychological Reports, 55*(1), 127-131.
- Taylor, S., Wald, J., & Asmundson, G.J.G. (2006). Factors associated with occupational impairment in people seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Community Mental Health, 25*(2), 289-301.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 629-640.

- Yarvis, J.S., Bordnick, P.S., Spivey, C.A., & Pedlar, D. (2005). Subthreshold PTSD: A comparison of alcohol, depression, and health problems in Canadian peacekeepers with different levels of traumatic stress. *Stress, Trauma, and Crisis, 8*, 195-213.
- Zakin, G., Solomon, Z., & Neria, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences, 34*, 819-829.

CHAPITRE IV
DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre présente une discussion générale des résultats obtenus dans le programme de recherche. Neuf sections composent ce chapitre. La première section récapitule les résultats portant sur les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT et sur l'impact de l'exposition à un ÉT et de l'ÉSPT chez les policiers. La deuxième section décrit le modèle théorique et cognitif de l'ÉSPT développé par Ehlers et Clark (2000). La présentation du modèle met l'accent sur la pertinence de tenir compte dans la modulation des réactions post-traumatiques de deux variables majeures prévisionnelles observées dans le programme de recherche, soit la dissociation et le soutien social. La troisième section tente de clarifier ce qu'est la dissociation et son impact dans le développement et le maintien de l'ÉSPT, et ce, en intégrant les plus récentes connaissances concernant la dissociation. L'influence du soutien social, un facteur de protection notable, est abordée dans la quatrième section. La cinquième section, quant à elle, discute des mécanismes d'action au plan cognitif du soutien social et de la dissociation. La sixième section traite des implications cliniques des résultats en proposant aux intervenants des stratégies de prévention et d'intervention efficaces. La septième section aborde les forces et limites du programme de recherche, alors que la huitième section offre diverses pistes pour les recherches futures. Une brève conclusion clôt ce chapitre à la neuvième section.

4.1 Synthèse des principaux résultats

4.1.1 Prédicteurs de l'ÉSPT

Le premier article de la thèse révèle que parmi l'ensemble des policiers évalués, 84 % ont vécu un ÉT dans le cadre de leurs fonctions. Parmi ceux exposés à un ÉT au travail, environ 8 % d'entre eux ont souffert d'un ÉSPT clinique. À ce nombre s'ajoute près de 7 % des policiers qui ont éprouvé un ÉSPT partiel. Qui plus est, les résultats permettent d'observer que la dissociation péritraumatique et le soutien social des confrères de travail

durant et immédiatement après l'ÉT constituent des prédicteurs importants de la modulation des réactions post-traumatiques des policiers. Les résultats semblent conformes à ceux observés dans trois méta-analyses récentes qui attestent que la dissociation péritraumatique représente un facteur prévisionnel majeur de l'ÉSPT (Breh & Seidler, 2007; Lensvelt-Mulders et al., 2008; Ozer et al., 2003) et que le soutien social péritraumatique favorise l'adaptation à la suite d'un trauma (Ozer et al., 2003).

4.1.2 Facteurs prévisionnels non significatifs

Contrairement aux hypothèses énoncées dans le premier article, certains facteurs ne prédisent pas la modulation de l'ÉSPT chez les policiers. Au niveau péritraumatique, la sévérité de l'événement mesurée à l'aide d'une entrevue maison qui tient compte des caractéristiques objectives et subjectives associées à l'ÉT n'est pas du tout liée à l'ÉSPT. Ainsi, les policiers ayant développé un ÉSPT et ceux asymptotiques rapportent avoir vécu des ÉT de sévérité semblable. D'autres études n'ont pas trouvé d'association significative entre la sévérité de l'événement et l'apparition de l'ÉSPT (Hillman, 1981; Shalev et al., 1996). De plus, il n'existe pas encore de consensus quant à la façon dont la sévérité du trauma doit être mesurée et aux dimensions qui en font partie. La sévérité de l'ÉT mérite davantage d'attention et de clarification de la part de la communauté scientifique avant que l'on puisse tirer des conclusions définitives quant à sa valeur prédictive. Par ailleurs, bien que les réactions physiques et émotionnelles péritraumatiques soient associées positivement à l'ÉSPT, elles ne demeurent pas des variables significatives dans le modèle de régression final.

Contrairement au soutien social péritraumatique, le soutien social positif de la part des confrères après l'événement (c.-à-d. au niveau post-traumatique) ne demeure pas un prédicteur marquant dans le modèle de régression final, bien qu'associé de façon négative à l'ÉSPT. De plus, le soutien social positif d'un proche et les interactions sociales négatives avec un proche postévénement ne sont pas significativement associés à l'ÉSPT. Il est possible que les résultats non significatifs obtenus sur l'*Inventaire de soutien perçu* concernant le soutien des proches au niveau post-traumatique soient biaisés par la nature

même de l'instrument. En fait, les policiers devaient sélectionner un de leurs proches pour répondre aux questions de cet inventaire en fonction des comportements du proche identifié. Toutefois, certains policiers rapportent ne pas avoir parlé de l'ÉT à la personne sélectionnée, ce qui semble avoir entraîné des difficultés à remplir l'instrument.

D'autres facteurs comme les stratégies de gestion du stress, la personnalité résistante au stress et l'expérience antérieure du travail policier ont été analysés à titre exploratoire en tant que prédictors potentiels de l'ÉSPT. Aucun de ces facteurs dits prétraumatiques ne se révèle significatif dans le modèle de régression final. Dans l'ensemble, les facteurs prétraumatiques ne semblent pas influencer la modulation de l'ÉSPT chez les policiers contrairement aux facteurs péritraumatiques qui sont de puissants prédictors de l'ÉSPT. Cette dernière constatation s'apparente à celle provenant de deux méta-analyses qui indiquent que l'ampleur de l'effet des processus psychologiques péritraumatiques et des variables post-traumatiques est supérieure à celle des caractéristiques prémorbides de l'individu (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003).

4.1.3 Impact de l'exposition à un ÉT et du développement d'un ÉSPT

Les résultats obtenus dans le deuxième article permettent d'observer que les policiers exposés à un ÉT ne sont pas plus susceptibles, comparativement aux policiers non exposés, de développer des psychopathologies subséquentes. De plus, les policiers exposés à un ÉT obtiennent sur les mesures de la personnalité résistante au stress et de gestion du stress des résultats similaires aux policiers non exposés à un ÉT.

Par ailleurs, à la suite d'une exposition à un ÉT les policiers qui développent un ÉSPT clinique ou partiel, comparativement aux policiers qui ne présentent pas d'ÉSPT, sont plus enclins à développer ensuite un trouble de dépression majeur. De plus, les policiers avec un ÉSPT clinique, comparativement aux policiers sans ÉSPT, rapportent une plus grande utilisation des services de santé (c.-à-d. qu'ils consultent davantage les services médicaux, les professionnels de la santé mentale et sont plus sujets à se retrouver en congé de maladie). Finalement, les policiers avec un ÉSPT clinique, comparativement aux policiers sans ÉSPT,

obtiennent des scores inférieurs sur une échelle de la personnalité résistante au stress, mais pas sur une mesure d'utilisation de stratégies de gestion du stress. En résumé, le développement d'un ÉSPT chez les policiers semble favoriser l'apparition d'une psychopathologie subséquente, entraîner un plus grand recours aux soins de santé et se trouve associé à une diminution de la résistance au stress.

En somme, les résultats du programme de recherche démontrent que l'ÉSPT entraîne des conséquences importantes sur le fonctionnement psychosocial des policiers. En ce qui a trait à la modulation des réactions post-traumatiques, deux prédicteurs au niveau péritraumatique se distinguent des autres facteurs. Plus précisément, il s'agit de la dissociation et du soutien social. Plusieurs conceptualisations étiologiques et explicatives de l'ÉSPT ont été formulées jusqu'à présent. Il serait intéressant de savoir si les résultats obtenus auprès des policiers peuvent s'intégrer aux modèles théoriques existants. La prochaine section tente de répondre à la question suivante : existe-t-il présentement un modèle influent de l'ÉSPT qui met en valeur la contribution relative à la fois de la dissociation et du soutien social?

4.2 Modèle théorique de l'ÉSPT

Un modèle théorique pertinent de l'ÉSPT doit intégrer les multiples particularités de cette condition, être en mesure de les expliquer et pouvoir justifier les propositions thérapeutiques. Les caractéristiques présentées ci-dessous doivent être incluses dans le modèle choisi.

Tout comme d'autres troubles anxieux, plusieurs processus physiologiques, psychologiques et cognitifs se trouvent affectés dans l'ÉSPT tels que la mémoire, l'attention, les affects, les cognitions ou encore les comportements. Toutefois, l'ÉSPT se distingue des autres troubles anxieux en ce qui concerne les perturbations mnésiques. Il est bien documenté qu'un trauma puisse susciter à certains moments des reviviscences vives et dans d'autres circonstances une amnésie du souvenir traumatique en entier ou en partie, ce qui semble paradoxal (van der Kolk & Fisler, 1995). En effet, d'un côté, les survivants d'un ÉT

rapportent souvent des souvenirs intrusifs déclenchés de manière bien involontaire et impliquant des reviviscences nettes et détaillées de certains aspects de l'ÉT. De l'autre côté, ces mêmes individus éprouvent parfois des problèmes à récupérer intentionnellement un souvenir complet et structuré de leur ÉT. Ce paradoxe se doit d'être expliqué dans un modèle conceptuel de l'ÉSPT.

L'ÉSPT se différencie également des autres troubles anxieux par la présence de phénomènes dissociatifs singuliers à l'ÉSA et à l'ÉSPT (p. ex., le flashback dans l'ÉSPT constitue un épisode dissociatif), bien que présents parfois dans des attaques de panique de forte intensité. Qui plus est, l'affect n'est pas uniquement anxieux dans l'ÉSPT, mais inclut d'autres registres émotionnels (p. ex., colère, honte, culpabilité) qui peuvent devenir prépondérants dans les manifestations du trouble. De plus, certains individus ayant un ÉSPT présentent un émoussement de la réactivité générale qui peut se caractériser par une restriction des affects. Un modèle conceptuel de l'ÉSPT doit pouvoir expliquer ces caractéristiques.

Plusieurs modèles théoriques offrent des explications intéressantes quant au développement et au maintien de l'ÉSPT. Cependant, le modèle cognitif du maintien de l'ÉSPT d'Ehlers et Clark (2000) basé sur les notions d'apprentissage apparaît le modèle le plus pertinent pour interpréter les résultats obtenus dans le programme de recherche. Si ce modèle a été retenu, c'est d'abord et avant tout parce qu'il s'agit présentement de l'un des plus influents modèles offrant une synthèse des connaissances acquises provenant de modèles précédents. De plus, il tient compte des particularités de l'ÉSPT mentionnées précédemment et explique bon nombre de symptômes présents dans l'ÉSPT. Qui plus est, il intègre les données actuelles dans le domaine de la psychologie cognitive. Selon Brewin et Holmes (2003), il s'agit du modèle le plus exhaustif pour expliquer les mécanismes en jeu lors du développement et du maintien de l'ÉSPT, mais aussi celui qui possède le plus d'implications cliniques pour le traitement. En effet, ce modèle qui comprend des aspects cognitifs, affectifs et comportementaux de l'ÉSPT offre un cadre conceptuel pour les stratégies thérapeutiques cognitives et comportementales. Par ailleurs, les notions présentées dans le modèle sont appuyées empiriquement par les résultats d'études scientifiques. De

plus, les facteurs pré, péri et post-traumatiques reconnus dans les études empiriques pour moduler les réactions de stress post-traumatique sont incorporés dans le modèle. Finalement, le modèle tient compte de l'influence et du rôle de la dissociation et du soutien social, deux variables prédictives importantes de la modulation de l'ÉSPT selon les écrits et le présent programme de recherche.

4.2.1 Le modèle cognitif d'Ehlers et Clark (2000)

Ce modèle cognitif découle des modèles proposés antérieurement et intègre les notions générales d'apprentissage et de conditionnement, la théorie de la double représentation (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996), le modèle du traitement émotionnel de l'information (Foa & Rothbaum, 1998), les théories sociocognitives (Horowitz, 1997; Janoff-Bulman, 1992) et le modèle de Joseph, Williams et Yule (1997) portant principalement sur le soutien social. La figure 4.1 présente le modèle d'Ehlers et Clark (2000) revisité par l'auteure. Les modifications apportées sont les suivantes : 1) d'abord, l'auteure spécifie dans le modèle les facteurs appartenant à l'environnement pré, péri et post-traumatique pour une classification qui offre davantage de finesse et de précision; 2) ensuite, l'auteure met l'accent sur des facteurs comme le soutien social et la dissociation (ceux-ci se retrouvent en caractères italiques dans le modèle illustré ci-dessous) puisqu'ils sont les plus importants prédicteurs de l'ÉSPT chez les policiers. Une présentation sommaire du modèle suit.

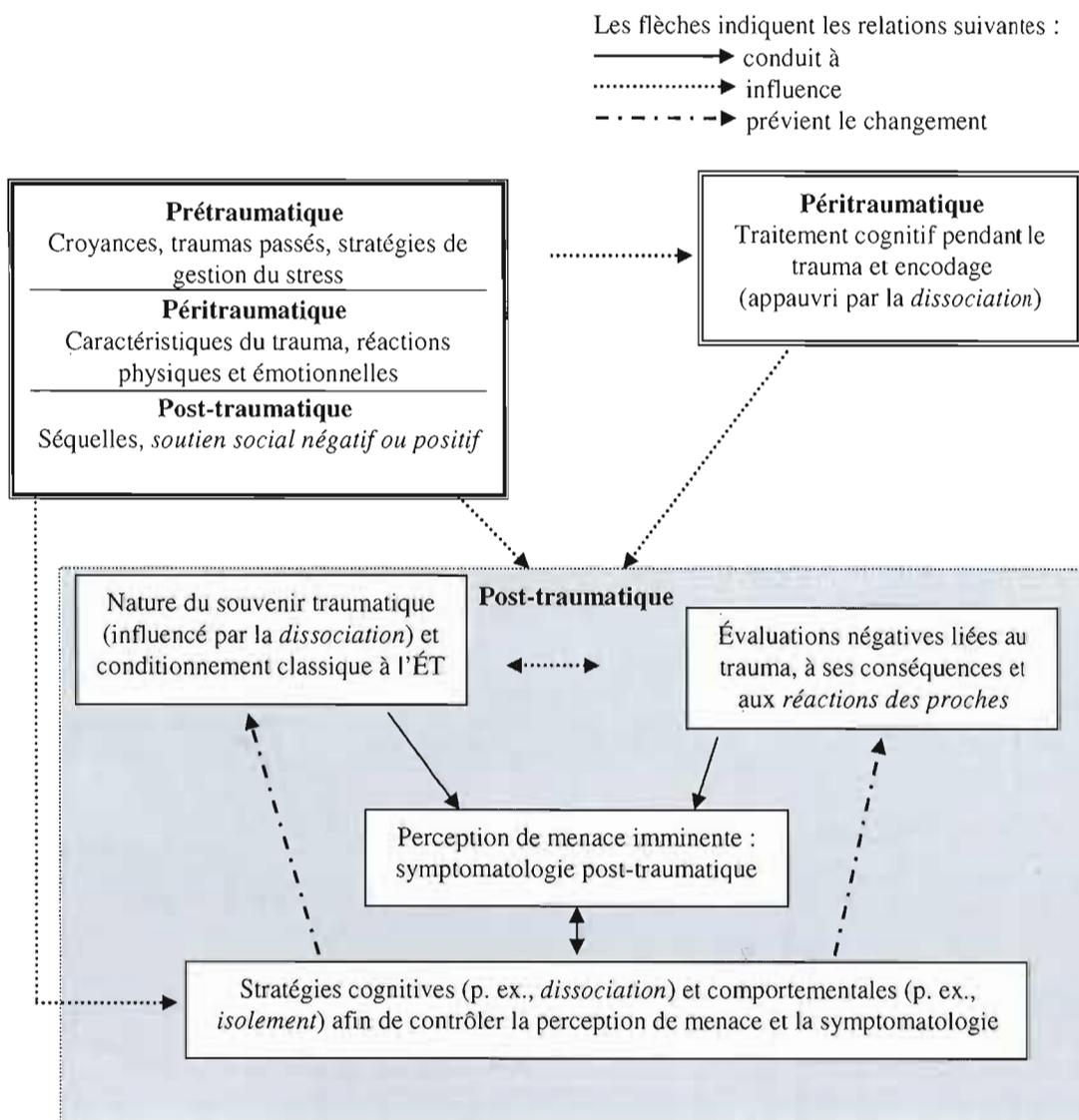


Figure 4.1 Le modèle d'Ehlers et Clark (2000) révisité

4.2.1.1 Perception de menace imminente et évaluations négatives

Le modèle stipule que les individus souffrant d'un ÉSPT chronique percevraient constamment la présence d'une menace, même si l'ÉT, le danger réel, était terminé. La menace pourrait provenir de l'extérieur (p. ex., percevoir que le monde est dangereux) ou de l'intérieur, c'est-à-dire de soi-même (p. ex., penser que nous attirons les catastrophes et tous les événements négatifs). Cette affirmation se situe au cœur de leur modèle (*voir* l'encadré sur la perception de menace imminente de la figure 4.1). Cette perception de menace imminente serait engendrée chez les victimes, entre autres, par les évaluations négatives liées à : 1) l'ÉT (p. ex., le danger est partout); 2) la présence de symptômes (p. ex., je deviens fou); 3) aux réactions des proches (p. ex., je ne peux compter sur personne); et 4) aux conséquences de l'ÉT (p. ex., je ne peux plus fonctionner normalement) (*voir* l'encadré sur les évaluations négatives de la figure 4.1). Ces interprétations dysfonctionnelles susciteraient des émotions négatives diverses allant de la peur à la tristesse en passant par la honte ou la culpabilité et maintiendraient la symptomatologie de l'ÉSPT en encourageant les individus à utiliser des stratégies cognitives et comportementales pour diminuer la détresse qui s'avèreraient inadaptées.

4.2.1.2 Nature du souvenir traumatique et conditionnement classique à l'ÉT

Selon les auteurs de ce modèle, la façon dont le souvenir traumatique est encodé et entreposé dans la mémoire expliquerait le paradoxe qui existe entre, d'un côté, la difficulté à se rappeler de façon intentionnelle, précise et ordonnée l'ÉT et, d'un autre côté, la présence d'intrusions envahissantes qui sont représentées de façon nette et détaillée. Lors d'un stress extrême, l'encodage (c.-à-d. la mise en mémoire) de l'information contextuelle au niveau péritraumatique serait sévèrement perturbé, ce qui influencerait la nature du souvenir traumatique. Le souvenir de l'ÉT au niveau post-traumatique serait ainsi mal élaboré et intégré de façon inadéquate dans la mémoire autobiographique. Ceci expliquerait à la fois les difficultés de récupération intentionnelle du souvenir et la perception de danger immédiat dues à la perte de repère contextuel lors de l'intégration du souvenir dans la mémoire. Les

notions de conditionnement classique et d'apprentissage (c.-à-d. l'existence de fortes associations entre stimuli et réponses) expliqueraient la propension aux intrusions de se déclencher facilement (*voir* l'encadré sur la nature du souvenir traumatique et conditionnement classique à l'ÉT de la figure 4.1). La perception omniprésente de menace, due aux perturbations d'encodage du souvenir traumatique, provoquerait les reviviscences et susciterait chez l'individu le recours à des stratégies cognitives et comportementales pour éviter ou échapper au présumé danger immédiat et pour tenter de diminuer l'intensité des symptômes.

4.2.1.3 Stratégies cognitives et comportementales

Dans l'environnement post-traumatique, les stratégies cognitives (p. ex., la neutralisation, la distraction) et comportementales (p. ex., les conduites d'évitement, l'utilisation de garanties sécurisantes, l'abus d'alcool ou d'une médication) découlant de la perception de menace imminente et érigées afin de diminuer la détresse contribueraient paradoxalement au maintien de la symptomatologie. Ces stratégies ne permettraient pas de modifier la nature du souvenir traumatique ni de corriger les évaluations négatives liées au trauma et à ses conséquences (*voir* l'encadré sur les stratégies cognitives et comportementales de la figure 4.1). Les évaluations négatives et le souvenir traumatique seraient alors préservés tels quels. De même, la dissociation à la suite d'un trauma serait une stratégie d'évitement cognitif et émotionnel qui empêcherait le rétablissement en bloquant l'élaboration du souvenir traumatique et son intégration dans la mémoire autobiographique. Le modèle est en accord avec ce que proposent Foa et Hearst-Ikeda (1996) qui indiquent que le rétablissement après un trauma requiert, en partie, l'activation des structures de peur afin que les représentations cognitives ou schématiques du trauma puissent être modifiées. L'individu doit pouvoir intégrer des informations correctrices dans son schéma de peur. Ainsi, l'évitement et la dissociation après un trauma gêneraient l'activation du réseau de peur et empêcheraient donc la résolution du trauma. Il faut aussi savoir que les individus qui ont appris à recourir à la dissociation pour diminuer la détresse post-traumatique sont plus enclins à l'utiliser ensuite dans la vie quotidienne pour gérer d'autres stressors (van der

Kolk & Fisler, 1995). L'utilisation continue de la dissociation s'avère une stratégie inefficace à long terme pour gérer le stress.

4.2.1.4 Traitement cognitif pendant le trauma

Au niveau péritraumatique, le traitement cognitif de l'information pourrait être appauvri, entre autres, par la présence de réactions dissociatives pendant le trauma (*voir* l'encadré sur le traitement cognitif pendant le trauma de la figure 4.1). En effet, celles-ci susciteraient des difficultés d'encodage du souvenir traumatique puisque le processus dissociatif amènerait une fragmentation des souvenirs. Par la suite, la dissociation péritraumatique influencerait la nature même du souvenir traumatique au niveau post-traumatique (*voir* l'encadré sur la nature du souvenir traumatique de la figure 4.1). Le souvenir de l'ÉT demeurerait alors désorganisé sans être intégré avec les autres souvenirs qui composent la mémoire autobiographique. Ainsi, la dissociation qu'elle se manifeste au niveau péritraumatique ou post-traumatique jouerait un rôle similaire dans le modèle d'Ehlers et Clark, c'est-à-dire qu'elle empêcherait la modification du souvenir traumatique, ce qui contribuerait à maintenir la perception de menace imminente.

4.2.1.5 Facteurs pré, péri et post-traumatiques

Plusieurs facteurs d'ordre pré, péri et post-traumatique sont pris en compte dans le modèle et ceux-ci influenceraient les composantes du modèle au niveau péritraumatique ou post-traumatique (*voir* l'encadré sur les composantes d'ordre pré, péri et post-traumatique de la figure 4.1). Au niveau prétraumatique, les expériences passées de trauma ou encore les croyances personnelles influenceraient le choix des stratégies de gestion du stress préconisées pour faire face au trauma. Par exemple, si l'individu croit que de penser à l'ÉT va lui faire perdre le contrôle, il risque de fournir des efforts importants pour éviter d'y penser. Au niveau péritraumatique, les réactions physiques d'anxiété ainsi que la peur pourraient interférer avec l'encodage du souvenir traumatique. Au niveau post-traumatique, le soutien social viendrait moduler les évaluations et interprétations de l'individu. Ehlers et Clark mentionnent que c'est d'abord et avant tout l'interprétation que les individus font de

leurs interactions sociales qui s'avère primordiale et non la valence intrinsèque positive ou négative de celles-ci. Ainsi, même une interaction sociale positive (p. ex., une offre d'aide) pourrait être interprétée négativement par la victime (p. ex., mes proches pensent que je ne peux pas m'en sortir tout seul).

4.2.2 Synthèse du modèle d'Ehlers et Clark

En réponse à la question soulevée précédemment, il existe effectivement un modèle influent de l'ÉSPT qui souligne les contributions distinctes de la dissociation et du soutien social, deux modulateurs importants de l'ÉSPT auprès des policiers de l'étude. En conséquence, les résultats obtenus dans le programme de recherche sont conformes avec ce modèle. Qui plus est, ce modèle présente les principales caractéristiques cliniques de l'ÉSPT et met l'accent sur l'influence relative de plusieurs variables reconnues par la littérature scientifique dans le développement et le maintien de l'ÉSPT. Une des forces de ce modèle est de tenir compte des évaluations cognitives et de la perception des victimes, ce qui permet d'expliquer comment un même ÉT peut susciter des réponses individuelles diverses. Dans le programme de recherche, l'évaluation cognitive de l'ÉT peut expliquer pourquoi certains policiers qui ont vécu des ÉT identiques réagissent de façon unique.

Même si certains policiers de l'étude ont développé un ÉSPT, la majorité n'a pas démontré ce syndrome. Il devient tout aussi important de connaître les facteurs qui expliquent comment les individus s'en sortent indemnes après un ÉT ou ce qui fait qu'ils évoluent vers une rémission de leurs réactions post-traumatiques. Le modèle d'Ehlers et Clark permet non seulement de démontrer comment l'ÉSPT se développe et se maintient, mais aussi de comprendre dans quelles conditions l'ÉSPT peut être absent ou évoluer vers la guérison. Cela est fonction de la présence ou de l'absence de certains facteurs exposés dans le modèle comme la dissociation et le soutien social. Dans les sections suivantes, l'auteure reprend ces deux concepts et en discute davantage.

4.3 Une intégration des connaissances actuelles sur la dissociation

Il est intéressant de constater que le modèle d'Ehlers et Clark distingue deux types de dissociation, soit celle qui apparaît pendant le trauma et celle qui survient après le trauma. Cette distinction représente une étape importante dans l'avancement des connaissances puisque peu de chercheurs jusqu'à maintenant établissent cette différenciation dans leurs études. Dans le programme de recherche, seule la dissociation péritraumatique (c.-à-d. pendant le trauma) a été étudiée. Cependant, les études récentes dénotent l'importance de la dissociation survenant après le trauma. Ainsi, il convient de s'attarder davantage sur ce concept tout comme il semble nécessaire dans un premier temps de clarifier, dans la mesure du possible, l'usage du terme « dissociation » et la compréhension de ce phénomène complexe.

4.3.1 Qu'est-ce que la dissociation?

Les chercheurs qui étudient les réactions dissociatives ne s'entendent pas encore sur une définition commune de la dissociation. Bien que l'APA (2000) ait proposé une définition de la dissociation dans le *DSM-IV Text Revision (DSM-IV-TR)*, celle-ci n'est pas suffisamment opérationnalisée et maintient actuellement la confusion qui existe dans le domaine en apportant peu d'éclairage quant aux composantes qui constituent les phénomènes dissociatifs (Holmes et al., 2005). Selon l'APA (2000), la dissociation est représentée par la survenue d'une perturbation touchant des fonctions qui sont normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. La perturbation peut être soudaine ou progressive, transitoire ou chronique (APA, 2000). Certains auteurs considèrent les réactions suivantes comme étant dissociatives : 1) la déréalisation se manifestant entre autres par une perception altérée de la réalité ou une distorsion dans la perception du passage du temps; 2) la dépersonnalisation, c'est-à-dire une diminution de la conscience de son environnement ou un sentiment de détachement; et 3) la présence d'amnésie. (Bryant, 2007; Marmar, Weiss, & Metzler, 1997). Toutefois, d'autres auteurs indiquent que les phénomènes de déréalisation et de dépersonnalisation ne sont pas pathologiques et qu'ils ne représentent pas des symptômes dissociatifs, bien que liés au

concept de dissociation (Steele, Dorahy, van der Hart, & Nijenhuis, 2009). Après avoir recensé les écrits portant sur la dissociation, Holmes et ses collaborateurs (2005) constatent qu'il existe deux formes qualitativement distinctes de dissociation qu'ils nomment « detachment » et « compartmentalization ». La première forme de dissociation, celle de détachement, inclut les expériences de déréalisation et de dépersonnalisation. Ainsi, la dissociation péritraumatique mesurée dans le présent programme de recherche à l'aide du *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Self-Report Version (PDEQ-SRV*; Marmar et al., 1997) fait partie de la dissociation dite de détachement. En fait, Holmes et al. (2005) indiquent que l'ÉSPT est un trouble qui reflète principalement des expériences dissociatives de détachement. La deuxième forme de dissociation, celle de compartementalisation, évoquerait davantage des phénomènes que l'on retrouve dans les troubles dissociatifs comme le trouble de conversion (p. ex., incapacité de volontairement contrôler son activité motrice ou de rendre accessible des informations préalablement emmagasinées dans sa conscience). Cette distinction semble apporter un nouvel éclairage à l'étude de la dissociation.

4.3.2 À quoi sert la dissociation?

Certains chercheurs dans le domaine de la dissociation entretiennent des positions divergentes quant à la fonction de la dissociation. Certains considèrent que la dissociation permet de s'adapter (Horowitz, 1986), alors que d'autres voient ce mécanisme comme étant pathologique (Ozer et al., 2003). Selon Horowitz (1986), la dissociation péritraumatique susciterait une diminution de conscience, ce qui limiterait l'encodage d'une expérience traumatisante et ainsi revêtirait un mécanisme de protection. Lorsque la mise en mémoire d'une expérience menaçante est limitée, le souvenir traumatique devient plus facile à gérer. Toutefois, les évidences au sujet de la fonction adaptative de la dissociation et par extension d'un état de conscience atrophié demeurent peu nombreuses. Pour d'autres chercheurs (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Hearst-Ikeda, 1996), la dissociation empêche l'activation du souvenir traumatique, ce qui entrave le processus émotionnel de guérison et contribue à l'apparition de psychopathologie. Cependant, il peut y avoir différentes trajectoires qui mènent au développement de l'ÉSPT et celles-ci n'incluent pas nécessairement la présence

de dissociation (Harvey & Bryant, 2002). De plus, la dissociation n'est pas toujours liée au développement subséquent de psychopathologie (Harvey & Bryant, 2002). En effet, la dissociation ne survient pas uniquement en présence d'événements stressants négatifs, mais peut aussi se manifester lors d'expériences positives provoquant des sensations fortes (Candel & Merckelbach, 2004). Une étude chez des parachutistes novices indique qu'environ un tiers de ceux-ci ont éprouvé des réactions dissociatives au moment de leur premier saut en parachute (Sterlini & Bryant, 2002). DePrince et Freyd (2007) suggèrent aux chercheurs d'adopter une vision dialectique de la dissociation. Il est possible de considérer la dissociation à la fois comme une réponse adaptative permettant de prendre une distance émotionnelle par rapport à une menace dans l'environnement et comme un mécanisme qui entraîne à long terme des conséquences négatives telles que le développement d'un ÉSPT. En résumé, la dissociation, du moins péritraumatique, peut être considérée a priori comme un comportement adaptatif lors d'un trauma ou une stratégie de « coping » qui permettrait d'autoréguler la détresse psychologique et les états émotionnels trop intenses (Dell, 2009). En revanche, à plus long terme, les résultats provenant de méta-analyses récentes (Breh & Seidler, 2007; Lensvelt-Mulders et al., 2008; Ozer et al., 2003) et les résultats du présent programme d'études suggèrent que la dissociation péritraumatique est associée à un plus grand risque de développer un ÉSPT.

4.3.3 Une distinction entre la dissociation péritraumatique et persistante

Ehlers et Clark (2000) innove en présentant dans leur modèle théorique de l'ÉSPT deux types de dissociation, soit une dissociation présente pendant le trauma et une autre qui persiste à la suite de l'ÉT. Actuellement, une des limites importantes dans les écrits portant sur la dissociation provient de l'absence de consensus sur les limites temporelles qui définissent la dissociation péritraumatique (Bryant, 2009). Les chercheurs ne savent pas à quel moment précis elle commence ni quand elle s'arrête. Pour remédier à cette difficulté, Harvey et Bryant (2002) ont entrepris de différencier deux types de dissociation selon leur apparition et leur persistance dans le temps. La dissociation péritraumatique, telle que mesurée dans le présent programme de recherche, se réfère aux réactions dissociatives vécues pendant et immédiatement après l'ÉT, alors que la dissociation persistante

surviendrait après l'événement, soit entre 2 et 28 jours après le trauma et persisterait dans le temps (Panasetis & Bryant, 2003). À titre informatif, plusieurs études mesurent la dissociation persistante en demandant aux participants de répondre en fonction de leurs réactions après le trauma, et ce, jusqu'au moment de l'évaluation, soit entre 4 et 12 semaines après l'événement selon les études (Halligan, Michael, Clark, & Ehlers, 2003; Murray, Ehlers, & Mayou, 2002; Panasetis & Bryant, 2003). Bien que cette distinction entre dissociation péritraumatique et persistante soit utile, la limite de temps qui sépare les deux concepts reste mince et le chevauchement entre les construits demeure probable, comme c'est le cas actuellement avec le diagnostic de l'ÉSA. Le *DSM-IV-TR* (APA, 2000) mentionne que l'ÉSA requiert la présence de symptômes dissociatifs pendant ou après l'événement, ce qui veut dire que ce diagnostic peut inclure à la fois la présence de dissociation péritraumatique et persistante, et ce, sans démarcation. Il est à souhaiter que le prochain *DSM* apporte des précisions à cet égard, car cette absence de distinction n'aide pas à la compréhension du pouvoir prédictif réel de l'ÉSA dans le développement de l'ÉSPT.

Jusqu'à présent, la majorité des études s'est attardée à la dissociation péritraumatique comme prédicteur de l'ÉSPT plutôt qu'à la dissociation persistante. Briere, Scott et Weathers (2005) soulignent que la plupart de ces études n'ont pas mesuré chez leurs participants jusqu'à quel point la dissociation manifestée au niveau péritraumatique s'est perpétuée dans le temps. Il est possible que les associations significatives entre la dissociation péritraumatique et l'ÉSPT décelées dans les études tiennent compte également de la dissociation persistante, alors que celle-ci ne constituait pas l'objet d'étude a priori. Dans le présent programme de recherche, puisque la dissociation péritraumatique a été mesurée de façon rétrospective chez les policiers et que nous ne tenions pas compte de la persistance de cette réaction, il est envisageable que certains policiers aient présenté des réactions dissociatives continues dans le temps dénotant une dissociation persistante. Cependant, nous n'avons pas pu contrôler pour cette éventualité. Ainsi, à l'heure actuelle, il demeure difficile de savoir si l'élément critique dans le développement ultérieur de l'ÉSPT est le moment d'apparition de la dissociation ou plutôt sa persistance dans le temps.

Par ailleurs, d'autres chercheurs mentionnent que la dissociation péritraumatique ne possède pas de valeur prédictive indépendante dans le développement de l'ÉSPT (van der Velden & Wittmann, 2008) et qu'elle peut être liée à l'ÉSPT puisqu'elle est associée à d'autres facteurs prévisionnels. À cet égard, Bryant (2009) indique de tenir compte de facteurs comme les expériences de traumas antérieurs, les réactions de panique ou les interprétations catastrophiques qui peuvent potentiellement expliquer la relation existante entre la dissociation et l'ÉSPT. De plus, l'étude de Briere et al. (2005) dénote que la dissociation péritraumatique semble prédire le développement de l'ÉSPT parce qu'elle est associée à la dissociation persistante. D'autres études indiquent que c'est davantage la dissociation persistante que péritraumatique qui prédit le maintien de l'ÉSPT à six mois, bien que la dissociation péritraumatique soit associée significativement au développement de l'ÉSPT à un mois (Halligan et al., 2003; Murray et al., 2002).

À ce jour, il n'existe pas un nombre suffisant d'études sur la dissociation persistante pour tirer des conclusions valides à savoir si son pouvoir prédictif est supérieur à celui de la dissociation péritraumatique dans le développement ultérieur de l'ÉSPT. Toutefois, il apparaît évident que ce phénomène est important et que nous devons en tenir compte dans les recherches futures afin de mieux approfondir la compréhension des principaux facteurs du développement et du maintien de l'ÉSPT. Les études mentionnées semblent soutenir empiriquement le modèle d'Ehlers et Clark stipulant qu'il existe deux types de dissociation et que celles-ci jouent un rôle commun (c.-à-d. autoréguler la détresse émotionnelle), mais une influence distincte. Plus précisément, la dissociation péritraumatique susciterait des perturbations d'encodage de l'information (Harvey & Bryant, 2002) et une désorganisation du souvenir traumatique (Halligan et al., 2003), alors que la dissociation persistante freinerait la résolution ultérieure du trauma en empêchant l'accès au souvenir traumatique (Harvey & Bryant, 2002). La dissociation persistante serait vue comme une forme d'évitement cognitif incommode le traitement de l'information émotionnelle et ainsi la résolution du trauma (Harvey & Bryant, 2002).

En résumé, il existe présentement des conceptualisations équivoques de la dissociation tandis que la définition de ce phénomène reste ambiguë. Ce champ d'études est

complexe et se situe à l'état embryonnaire. Malgré les imprécisions qui demeurent entre la dissociation péritraumatique et persistante, Bryant (2005) indique que la dissociation péritraumatique s'avère néanmoins une des plus importantes variables prévisionnelles de l'ÉSPT selon la méta-analyse d'Ozer et ses collaborateurs (2003). Après la dissociation, le soutien social est le prédicteur de l'ÉSPT qui possède l'ampleur de l'effet la plus élevée selon la méta-analyse d'Ozer et al. (2003). La prochaine section aborde le rôle du soutien social.

4.4 Le soutien social

À la suite d'un traumatisme, l'environnement de rétablissement joue un rôle important pour les individus qui tentent de composer avec le trauma et de se remettre de ses effets. Le soutien social manifesté dans l'environnement de la victime (p. ex., au niveau du couple, de la famille, du travail, etc.) a reçu beaucoup d'attention de la part de la communauté scientifique récemment. Dans le modèle d'Ehlers et Clark, le soutien social constitue une variable intermédiaire capable d'influencer le développement et le maintien de l'ÉSPT de différentes manières. Qu'en est-il du rôle du soutien social dans l'adaptation et le rétablissement des individus à la suite d'un ÉT? Ehlers et Clark ne le mentionnent pas dans leur modèle puisque celui-ci s'attarde au développement et au maintien de l'ÉSPT et non pas à l'adaptation des individus. Cependant, leur modèle offre un cadre conceptuel permettant à l'auteure de spéculer quant à l'impact du soutien social sur l'adaptation post-traumatique. Dans la prochaine section, l'auteure examine les mécanismes d'action possibles du soutien social en reprenant les notions abordées dans le modèle d'Ehlers et Clark.

D'abord, il est envisageable de concevoir que si la victime perçoit positivement le soutien reçu et si ce dernier est offert rapidement après l'ÉT (c.-à-d. soutien péritraumatique), il pourrait freiner ou même empêcher le développement ultérieur d'évaluations négatives chez la victime. De façon conjointe, le soutien perçu positivement par la victime et offert dans les jours suivant l'ÉT (c.-à-d. soutien post-traumatique), pourrait modifier les évaluations négatives que la victime entretient et les transformer en des évaluations plus réalistes du trauma ou de ses conséquences. En effet, tout comme Cohen et

Wills (1985) le mentionnent, se confier à un proche permet à l'individu de recevoir des rétroactions et ainsi de procéder, en quelque sorte, à une réinterprétation du trauma et à une restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles. Par exemple, le soutien offrirait la possibilité aux victimes de viol de corriger des croyances erronées comme « je suis responsable de ce qui m'est arrivé ». De plus, le soutien social offert au niveau péri ou post-traumatique permettrait d'améliorer l'intégration émotionnelle et cognitive du souvenir traumatique et ainsi de le modifier. Parler à des proches de l'événement permettrait de le mettre en contexte et de l'intégrer comme un événement non plus actuel, mais appartenant au passé. Le soutien social exercerait alors une influence bidirectionnelle sur, à la fois, les évaluations négatives du trauma et l'intégration du souvenir traumatique, ce qui aiderait à contrer la perception de menace imminente. Par le biais de ces mécanismes d'action sous-jacents, le soutien social permettrait l'adaptation des survivants d'un ÉT.

Ainsi, en fonction de la qualité du soutien reçu (c.-à-d. positif ou négatif), mais surtout de la perception et des évaluations cognitives qu'en fait l'individu, le soutien social peut faciliter le rétablissement ou au contraire entraîner le développement de l'ÉSPT comme présenté dans le modèle d'Ehlers et Clark. Par ailleurs, il semble que le soutien influence au plan cognitif l'intégration du souvenir traumatique, tout comme la dissociation. Est-ce possible qu'il existe une relation entre le soutien et la dissociation? La prochaine section tente d'y répondre.

4.5 Relation entre soutien social et dissociation

Premièrement, il est intéressant de constater que le soutien social et la dissociation modulent l'ÉSPT en influençant des processus cognitifs similaires. Ainsi, l'absence de soutien ou une interprétation négative du soutien social de même que la dissociation peuvent empêcher une intégration adéquate du souvenir traumatique dans la mémoire autobiographique. Dans ces circonstances, ces deux variables agissent sur l'ÉSPT de façon analogue. En se basant sur le modèle de Joseph et al. (1997), Guay, Marchand, et ses collaborateurs (2006) rapportent que moins une victime se confie à ses proches, moins elle accède à des informations ou des interprétations alternatives lui permettant d'assimiler

l'événement. La victime qui a peu de soutien devient alors susceptible de développer un ÉSPT. De façon similaire, la dissociation freine l'activation du souvenir traumatique, ce qui entrave le processus émotionnel de guérison et peut mener à l'apparition d'un ÉSPT.

Deuxièmement, le soutien peut faciliter l'adaptation et agir de manière opposée à la dissociation lorsque certaines conditions sont réunies, soit lorsqu'il y a présence de soutien et que celui-ci est interprété positivement par l'individu. L'auteure émet l'hypothèse que dans ces conditions le soutien social permettrait d'empêcher ou de freiner l'apparition de la dissociation. Les propos de Foa et Kozak (1986) soutiennent cette idée. Ces auteurs indiquent que recevoir du soutien offre la possibilité de discuter de l'événement, ce qui facilite le processus d'intégration cognitif et émotionnel alors que l'action de dissocier empêche le processus cognitif du traitement de l'information. Waelde, Silvern, Carlson, Fairbank et Kletter (2009) citent des études où le dévoilement après un abus sexuel fournit une opportunité de dresser un récit cohérent là où des souvenirs sont demeurés fragmentés par la dissociation péritraumatique. Les stratégies de traitement de la dissociation demandent de reconstruire le souvenir traumatique, de prendre conscience des affects associés à l'ÉT et d'assimiler le trauma (Spiegel, 1993), alors que certaines formes de soutien (p. ex., soutien émotionnel) adressent ces aspects de façon informelle. En fait, parler de l'événement est le contraire de l'action de dissocier dans le sens où verbaliser ses émotions, dans un cadre sécurisant et soutenant, favorise indirectement une exposition en imagination répétée aux souvenirs traumatiques (Marchand, Bousquet Des Groseilliers, & Brunet, 2006), alors que dissocier représente un évitement cognitif et émotionnel.

D'après les notions exposées dans le modèle de l'atténuation du stress adapté de Cohen, Gottlieb et Underwood (2000) et présenté par Guay, Billette et Marchand (2002), l'hypothèse indiquant que le soutien social permet de bloquer ou de ralentir la survenue de la dissociation n'est pas saugrenue. Le modèle de Cohen et al. (2000) précise qu'après une expérience stressante, le soutien social permet d'avoir un impact positif sur la réponse émotionnelle négative et de diminuer les réactions physiologiques d'anxiété. Or, c'est précisément dans un contexte de détresse péritraumatique (c.-à-d. présence de réactions émotionnelles et physiques intenses) que la dissociation apparaît afin de gérer cette détresse (Fikretoglu et al.,

2006). Si le soutien permet de diminuer les réponses émotives et physiologiques, alors il est envisageable que les individus qui sont soutenus par leur entourage aient moins besoin d'utiliser la dissociation pour gérer leur détresse émotionnelle. Waelde et al. (2009) proposent que le soutien social vient mitiger la nécessité de recourir à une stratégie d'évitement cognitif, soit la dissociation, puisque la présence d'une personne soutenante et rassurante diminue les affects négatifs de la victime. Pour vérifier la justesse de leurs propos, Waelde et al. (2009) indiquent que les études empiriques devront démontrer qu'il existe une association négative entre la dissociation et le soutien social. Dans le présent programme de recherche, il convient de noter que la dissociation corrèle négativement avec la perception de soutien social des confrères au niveau péritraumatique. Ce résultat renforce l'hypothèse formulée par l'auteure et les propos de Waelde et ses collaborateurs (2009) voulant que le soutien social soit en relation inverse avec la dissociation. Il serait intéressant de mesurer ultérieurement les effets médiateurs et modérateurs entre le soutien social, la dissociation et l'ÉSPT.

En réponse à la question posée précédemment, il existe une relation entre le soutien social et la dissociation. Ces deux prédicteurs peuvent à la fois agir de façon analogue en influençant l'apparition de l'ÉSPT, mais ils peuvent aussi jouer un rôle opposé lorsque le soutien devient facilitateur de l'adaptation à la suite d'un ÉT.

4.6 Implications cliniques des résultats

Les constats provenant des résultats du présent programme de recherche possèdent des implications en ce qui a trait à la prévention primaire, secondaire, au dépistage, à l'évaluation et au traitement (c.-à-d. la prévention tertiaire) des policiers exposés à des ÉT dans le cadre de leur métier. L'auteure propose des stratégies de prévention et d'intervention basées à partir des facteurs prévisionnels significatifs de l'étude et de ceux des autres études empiriques. Les recommandations données pourraient s'avérer pertinentes et utiles pour les organisations, autres que policières, qui emploient des individus à haut risque d'être exposés à des ÉT au travail comme les employés des services d'urgence (p. ex., pompiers, ambulanciers, secouristes).

4.6.1 Prévention primaire

Il est possible d'intervenir avant même qu'il y ait exposition à des événements adverses par la mise en place de programmes de prévention primaire efficaces visant le déploiement de mécanismes de protection et la diminution des facteurs de risque dans l'environnement du travailleur. Toutefois, avant de tenir compte de certains prédicteurs de l'ÉSPT dans l'élaboration et la mise en place d'interventions préventives, il faut distinguer les facteurs prévisionnels qui sont potentiellement modifiables par des interventions thérapeutiques ou autres (p. ex., le sentiment d'efficacité personnelle, la personnalité résistante au stress, l'expérience ou la formation, les stratégies de gestion du stress, la dissociation), de ceux qui ne le sont pas (p. ex., les antécédents psychologiques et psychiatriques personnels et familiaux, les traumatismes psychologiques antérieurs, les variables sociodémographiques).

Puisque la dissociation constitue un facteur prévisionnel significatif de l'étude, des stratégies sont proposées afin de cibler ce prédicteur lors de la prévention primaire, soit avant même qu'il y ait exposition à un ÉT. En premier lieu, le programme de formation du personnel policier peut enseigner à leurs membres ce qui constitue des réactions dissociatives afin de leur apprendre à bien identifier ces réactions si elles apparaissent ultérieurement. En second lieu, le programme de formation peut inclure l'enseignement de stratégies pouvant aider éventuellement à neutraliser l'apparition de réactions dissociatives lors de la survenue d'un ÉT ou, du moins, permettre de diminuer leur intensité ou leur durée. En fait, les études démontrent que des émotions négatives et une activation physiologique intense interfèrent avec la capacité de maintenir une attention accrue pour le moment présent et peuvent entraîner des épisodes dissociatifs dans lesquels la personne perd contact dans l'ici et maintenant (Gold & Seibel, 2009). L'enseignement de techniques de relaxation (p. ex., relaxation autogène ou appliquée, rééducation respiratoire) et la pratique de celles-ci sur une base régulière peuvent éventuellement aider le policier à mieux réguler et gérer les émotions intenses et les réactions physiques d'anxiété lorsqu'elles se produisent (Gold & Seibel, 2009). De plus, l'apprentissage de techniques qui offrent un ancrage à la réalité (c.-à-d. les techniques de « grounding ») peut probablement aider le policier à devenir moins

propice à perdre le contact avec son environnement immédiat lorsqu'il confronte un événement majeur. De façon générale, différentes techniques de « grounding » permettent aux individus de rediriger leur attention aux expériences subjectives vécues dans le présent (p. ex., marcher et se concentrer sur la sensation de ses pieds touchant le sol, écouter les bruits environnants, balayer du regard l'étendue de son champ visuel) (Gold & Seibel, 2009). Ces techniques peuvent être apprises avant même qu'il y ait exposition à un ÉT et peuvent être ensuite utilisées par les policiers pendant ou immédiatement après la survenue d'un ÉT lorsqu'ils remarquent que leur capacité à s'orienter dans le temps et l'espace commence à faiblir.

De plus, la formation des policiers peut se concentrer sur le développement d'une personnalité résistante au stress. À ce jour, il existe quelques programmes de formation qui visent à augmenter la résilience des individus pour faire face à des événements stressants qui peuvent survenir dans le cadre de leur profession (Bartone, 2000; 2003; Khoshaba & Maddi, 2001; Pollock, Paton, Smith, & Violanti, 2003). Les méthodes employées par ces programmes sont diverses et incluent entre autres l'enseignement de stratégies de gestion du stress efficaces et spécifiques au milieu de travail, le recours à l'activité physique et à des exercices de simulation (p. ex., simuler, à l'aide d'un scénario, la visualisation d'une fusillade ou une prise d'otage pour les policiers) et la mise en place d'un réseau de soutien social adéquat. Ces programmes visent aussi à développer la cohésion entre les membres du groupe, les habiletés de communication des individus et à favoriser l'engagement des membres envers leur milieu de travail. Ces programmes apparaissent prometteurs, mais nous devons attendre les résultats d'autres études empiriques avant de pouvoir conclure à leur efficacité au niveau de la prévention primaire des réactions post-traumatiques. Dans leur livre, Paton, Violanti et Smith (2003) donnent des suggestions pratiques afin de faciliter l'adaptation au stress chez les employés des services d'urgence qui sont à haut risque de vivre des ÉT.

4.6.2 Prévention secondaire

Selon certains auteurs (Litz & Gray, 2004; Marchand et al., 2006), la majorité des individus confrontés à un ÉT passe par deux phases, soit la phase d'impact immédiat et la phase aiguë. La première phase dure environ deux jours et débute lorsque la personne se sent enfin en sécurité. Lors de cette période, celle-ci doit déployer des ressources au plan physiologique et psychologique pour faire face à la situation. Elle n'est donc pas encore apte à bénéficier d'interventions thérapeutiques. Néanmoins, il s'agit du moment privilégié pour lui offrir les « premiers soins psychologiques », c'est-à-dire la soutenir de manière non interventionniste par une attitude d'acceptation et de validation (Marchand et al., 2006). Les résultats du programme de recherche indiquent que la perception du soutien social des confrères pendant et immédiatement après le trauma amène les policiers à être moins susceptibles de développer un ÉSPT par la suite. Cela illustre l'importance de mettre en place rapidement et adéquatement des mécanismes de soutien pour les survivants d'un ÉT. Dans la phase d'impact immédiat, l'intervention doit se limiter à répondre aux besoins de la personne, à la sécuriser, à lui apporter un soutien tangible et émotionnel et à la respecter si elle ne désire pas parler de l'ÉT (Marchand et al., 2006).

Lorsque la phase aiguë s'amorce, soit à l'intérieur du premier mois suivant l'ÉT, les intervenants peuvent offrir, si pertinent et nécessaire, diverses interventions postimmédiates efficaces (Marchand et al., 2006). Le débriefing psychologique représente un type d'intervention postimmédiate. Cependant, à l'heure actuelle, les guides pratiques du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2005), du *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health* (Forbes et al., 2007) et de l'APA (APA, 2004) ne recommandent pas de donner aux individus exposés à un trauma un débriefing psychologique d'une seule séance en format individuel et de groupe. Il est préférable d'offrir en tant qu'intervention postimmédiate une thérapie cognitivo-comportementale comportant les stratégies thérapeutiques suivantes : 1) transmettre de l'information concernant les réactions post-traumatiques; 2) nommer et favoriser la personnalisation, la verbalisation et l'expression des émotions associées à l'expérience traumatique dans un contexte soutenant et sécurisant; 3) effectuer une correction cognitive des pensées irrationnelles et des interprétations

inadéquates de l'événement; 4) enseigner des stratégies efficaces de gestion du stress; 5) diminuer l'hyperactivation neurovégétative par le biais de la rééducation respiratoire et de la relaxation; 6) cesser les évitements cognitifs et comportementaux à l'aide de l'exposition en imagination et *in vivo*; ou encore 7) favoriser la mise en place d'un soutien social adéquat.

Puisque le soutien social mérite d'être intégré dans les interventions postimmédiates, il devient important de s'assurer de la qualité du soutien offert par l'entourage de l'individu traumatisé. Pour ce faire, il est suggéré de donner de l'information sur l'ÉSPT aux collègues de travail, aux superviseurs et aux proches des policiers ébranlés. Ces personnes peuvent également recevoir des suggestions pratiques quant aux diverses façons de soutenir adéquatement et positivement un des leurs à la suite d'un ÉT. À titre d'exemple, les collègues de travail peuvent offrir du soutien de type émotionnel et informationnel (p. ex., exprimer leur appréciation, offrir des rétroactions positives ou des conseils utiles). Les superviseurs peuvent donner du soutien organisationnel ou de l'aide tangible (p. ex., proposer des journées de congé, réassigner les tâches pendant un certain moment). Les enfants et conjoints des policiers affligés peuvent passer du temps en famille et planifier des activités plaisantes et relaxantes. Il apparaît important de promouvoir à la maison et au travail un environnement soutenant à la suite d'un trauma (Marchand et al., 2006).

Lors des interventions postimmédiates, l'intervenant peut également suggérer des moyens d'apprivoiser la dissociation à la fois aux policiers qui présentent une dissociation persistante, mais aussi à ceux ayant dissociés pendant le trauma puisqu'ils sont susceptibles de dissocier de façon persistante par la suite. D'abord, si le policier n'est pas familier avec ce que constitue la dissociation, de la psychoéducation sur ce phénomène peut être fournie. Ensuite, l'intervenant peut proposer des stratégies utiles pour tenter de contrecarrer le déclenchement ultérieur de réactions dissociatives. Pour ce faire, l'intervenant doit déterminer avec l'individu les déclencheurs situationnels ou environnementaux qui l'amènent à dissocier. Par la suite, des stratégies efficaces de « coping » peuvent être enseignées pour apprendre au policier à gérer son stress sans avoir recours au mécanisme de dissociation. Par exemple, le policier peut utiliser des techniques qui offrent un ancrage à la réalité ou des techniques de relaxation avant ou au commencement de l'épisode dissociatif

(Gold & Seibel, 2009). Finalement, les individus prompts à dissocier doivent apprendre à reconnaître dans leur vie quotidienne la présence d'affects intenses et surveiller l'évolution de l'intensité de leurs émotions lorsqu'ils se retrouvent en présence de stressseurs pour être en mesure d'appliquer efficacement des stratégies d'autorégulation émotionnelle (Gold & Seibel, 2009).

Pour les individus présentant des symptômes d'un ÉSA, il existe une intervention postimmédiate brève et intensive de cinq séances de nature cognitivo-comportementale donnée deux semaines après la survenue de l'ÉT (Bryant, Moulds, & Nixon, 2003). Il s'agit d'une prise en charge rapide des individus à haut risque afin de favoriser une meilleure adaptation chez ceux-ci. Les données probantes appuient ce type d'intervention et recommandent que les individus manifestant un ÉSA reçoivent un traitement cognitivo-comportemental (incluant de l'exposition et de la thérapie cognitive) ciblé sur l'ÉT d'une durée de 5 à 10 séances en format individuel (Forbes et al., 2007; NICE, 2005). Dans le présent programme de recherche, les résultats indiquent que 100 % des policiers présentant un ÉSA clinique ont développé un ÉSPT clinique ou partiel subséquemment. En revanche, il convient de spécifier que la majorité (79 %) des policiers avec un ÉSPT n'a pas répondu aux critères diagnostiques de l'ÉSA. Cependant, puisque la totalité des policiers présentant un ÉSA a développé un ÉSPT, les intervenants doivent considérer l'ÉSA lors du dépistage des policiers et lors du suivi à mettre en place pour offrir des services appropriés à ces individus comme recommandé par les données probantes.

Il importe de savoir qu'un soutien professionnel n'est pas indiqué pour tous les individus impliqués dans un ÉT. Ainsi, avant d'offrir une intervention préventive, il s'avère nécessaire de procéder au dépistage et à l'évaluation initiale de ces individus. Ces aspects sont discutés dans la prochaine sous-section.

4.6.3 Dépistage et évaluation

À l'aide d'instruments brefs et fiables, le dépistage des individus potentiellement à risque de développer un ÉSPT peut se faire relativement tôt après la survenue d'un ÉT. Par

exemple, lors de la phase d'impact immédiat, si la personne se sent prête à discuter de l'ÉT avec un intervenant, celui-ci peut prendre cette circonstance opportune pour évaluer sommairement la présence de facteurs prévisionnels bien connus (Marchand et al., 2006). Les intervenants doivent aussi repérer les individus qui ne possèdent pas suffisamment de facteurs de protection. Les intervenants doivent rester vigilants quant aux individus ayant vécu de fortes réactions physiques d'anxiété, des réactions émotionnelles négatives, de la dissociation péritraumatique, un ÉSA, ou encore ceux qui possèdent un faible réseau de soutien puisqu'il s'agit de facteurs de risque bien documentés et détenant une influence non négligeable sur la modulation des symptômes de l'ÉSPT.

De plus, le dépistage des individus à risque de développer un ÉSPT nécessite de porter attention à la dissociation persistante puisque des études récentes démontrent son impact sur la psychopathologie subséquente (Halligan et al., 2003). Cependant, plusieurs personnes développent un ÉSPT sans avoir dissocié et sans avoir présenté un ÉSA auparavant (Bryant, 2009). L'absence de dissociation n'est pas garante de l'absence d'un ÉSPT. Les individus qui ne dissocient pas peuvent présenter d'autres facteurs de risque que les intervenants doivent tenir compte lors du dépistage afin de considérer tous les individus à risque. À cet effet, Bryant (2005) mentionne que certains mécanismes cognitifs de l'individu sont d'autres indicateurs qui peuvent aider les intervenants à dépister les individus à risque de développer un ÉSPT. En se basant sur les notions présentées dans le modèle d'Ehlers et Clark, Bryant (2005) indique que l'estimation des attributions des victimes d'un ÉT offre une alternative à la présence de dissociation pour le dépistage. En effet, des évaluations négatives liées à l'ÉT (p. ex., je suis responsable de l'agression sexuelle que j'ai vécue), malgré l'absence de dissociation ou d'un ÉSA, peuvent mener au développement de l'ÉSPT.

Une évaluation psychologique approfondie peut être offerte plus tard, par exemple dans la phase aiguë, afin de déterminer la présence ou l'absence d'un ÉSPT chez les individus exposés à un ÉT. S'il y a présence d'un ÉSPT, l'évaluation permet de décider de la nature du suivi approprié. L'intervenant doit évaluer non seulement la symptomatologie post-traumatique, mais aussi les autres conditions cliniques. En effet, les résultats du programme de recherche suggèrent que les policiers présentant un ÉSPT clinique sont susceptibles de

développer un trouble de dépression majeure. Les autres conditions cliniques doivent ainsi faire l'objet d'une évaluation lorsqu'il y a présence d'un ÉSPT car la comorbidité s'avère la règle plutôt que l'exception. Outre la dépression majeure qui représente l'un des troubles le plus fréquemment associés à l'ÉSPT (Kessler, Chiu, et al., 2005), le clinicien doit évaluer la présence des autres troubles anxieux et des troubles liés à l'utilisation d'une substance. En fait, les policiers manifestant un ÉSPT partiel dans notre étude sont également portés à développer, mis à part une dépression majeure, des problèmes d'abus et de dépendance aux drogues et à l'alcool. Les cliniciens doivent procéder à une évaluation complète à la fois des policiers présentant un ÉSPT clinique et de ceux avec un ÉSPT partiel, car d'après les résultats du programme de recherche, il semble que même un ÉSPT partiel entraîne des conséquences au niveau de la santé mentale. Si nécessaire, l'évaluation peut se faire à plus d'un moment pour évaluer la progression des réactions post-traumatiques ou d'autres symptômes psychologiques.

En résumé, les résultats obtenus lors du dépistage et de l'évaluation psychologique renseignent les intervenants quant à la pertinence d'offrir un suivi psychologique aux survivants d'un ÉT et du type de suivi à privilégier. Il apparaît raisonnable et à propos de suivre de près les individus à risque et de prodiguer, avec discernement, des interventions postimmédiates brèves et précoces adaptées à leur condition.

4.6.4 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire des employés des services d'urgence comme les policiers doit se centrer sur l'élaboration d'interventions thérapeutiques basées sur les données probantes provenant des recherches cliniques dans le domaine du trauma. L'intervenant doit viser à diminuer l'effet négatif des facteurs de risque et de maintien de l'ÉSPT et faciliter l'intégration des mécanismes de protection susceptibles d'avoir le plus d'impact sur la symptomatologie post-traumatique.

Puisque le soutien social adéquat constitue un facteur crucial au niveau du rétablissement post-traumatique et qu'il est potentiellement modifiable, les intervenants ont

tout avantage à favoriser l'inclusion, si nécessaire et possible, du conjoint, d'un parent ou d'un collègue de travail de la victime dans le processus d'intervention. À l'intérieur de ce cadre, le clinicien peut offrir aux proches de la psychoéducation sur les réactions de stress possibles et sur les comportements de soutien adéquats, ce qui facilite du même coup le rétablissement des victimes (Guay, Billette, St-Jean-Trudel, Marchand, & Mainguy, 2004). Des efforts pour aider les individus ayant un réseau social déficient à être mieux entourés, par l'entremise des centres d'aide ou des organismes communautaires par exemple, peuvent aussi permettre de prévenir l'apparition de l'ÉSPT. À cet effet, Guay, Marchand, et ses collaborateurs (2006) proposent des stratégies d'intervention liées au soutien social et pouvant être utilisées par les cliniciens. Ces stratégies se retrouvent dans le tableau D.1 (voir l'appendice D) tiré du livre « *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements* » (Guay & Marchand, 2006).

Les résultats de l'étude d'Halligan et ses collaborateurs (2003) appuient les interventions thérapeutiques comme la restructuration cognitive qui vise à corriger les évaluations négatives qu'entretiennent les victimes (p. ex., se blâmer ou s'appropriier la responsabilité de l'agression vécue). Ces auteurs encouragent aussi l'utilisation de stratégies permettant d'adresser la dissociation persistante qui représente un facteur de maintien de l'ÉSPT comme suggéré dans le modèle théorique d'Ehlers et Clark (2000).

Par ailleurs, les thérapeutes peuvent enseigner aux policiers ayant subi un ÉT des stratégies de gestion du stress efficaces, améliorer le sentiment d'efficacité personnelle, mais surtout renforcer la personnalité résistante au stress. En effet, les résultats du programme de recherche démontrent que les policiers manifestant un ÉSPT clinique obtiennent des résultats moins élevés, comparativement aux policiers ne présentant pas d'ÉSPT, sur une mesure de la personnalité résistante au stress. Il sera donc particulièrement utile de renforcer cet aspect chez eux. Pour ce faire, le thérapeute doit mettre l'accent sur les situations où le policier possède un sentiment de contrôle, l'aider à percevoir les conditions stressantes comme des défis et l'encourager à s'engager envers des objectifs importants (Waysman, Schwarzwald, & Solomon, 2001).

Il demeure essentiel d'appliquer des traitements psychologiques éprouvés, spécifiques, adaptés en fonction de l'évaluation initiale des survivants d'un ÉT et individualisés. Il est possible d'introduire une médication à titre préventif ou encore de combiner un traitement pharmacologique à une intervention psychologique, comme la thérapie cognitivo-comportementale. Le traitement doit être prodigué rapidement lorsque l'ÉSPT apparaît afin de prévenir la chronicité, d'empêcher l'apparition de troubles concomitants, d'améliorer le pronostic et de diminuer les conséquences coûteuses du trouble. À cet effet, l'étude démontre que les policiers présentant un ÉSPT clinique, comparativement à ceux sans ÉSPT, sont plus nombreux à obtenir un congé de maladie, à consulter un médecin et un professionnel de la santé mentale. Une prise en charge rapide des individus présentant un ÉSPT favorise une diminution des coûts reliés à l'ÉSPT. Puisque les policiers manifestant un ÉSPT sont à risque de développer un trouble de dépression majeur, l'intervenant doit pouvoir ajuster le traitement psychologique en fonction des troubles concomitants. À cet égard, Brillon (2004) recommande de prioriser le traitement de la dépression lorsqu'elle est comorbide avec un ÉSPT. La planification d'activités plaisantes et d'interventions cognitives aide à diminuer ou enrayer des symptômes dépressifs importants après le trauma. Par ailleurs, les intervenants ne doivent pas négliger les policiers présentant des symptômes d'ÉSPT partiel, car l'existence de quelques symptômes post-traumatiques (p. ex., difficultés de concentration, irritabilité, évitement) peut s'avérer suffisante pour générer des conséquences fâcheuses sur le plan personnel et professionnel telles que compromettre la sécurité du policier et de son partenaire ou entraîner des difficultés à compléter les tâches requises. De plus, le programme de recherche indique que l'ÉSPT partiel chez les policiers de l'étude engendre des difficultés au plan de la santé mentale (c.-à-d. dépression et problèmes de drogues ou alcool) qui doivent être abordées.

En résumé, la planification des stratégies de prévention et d'intervention auprès des individus ayant vécu une expérience traumatique doit se baser sur des résultats empiriques valides. Les intervenants peuvent se fier aux guides pratiques décrivant les interventions efficaces à privilégier (APA, 2004; Forbes et al., 2007; NICE, 2005). Les prédicteurs de l'ÉSPT qui possèdent le plus d'impact (c.-à-d. ceux dont l'ampleur de l'effet est élevée) et ceux qui sont modifiables doivent être priorités lors de l'évaluation et du choix de

l'intervention à proposer aux survivants d'un ÉT, alors que les facteurs moins influents peuvent être envisagés en deuxième plan s'il y a lieu (King et al., 2004). Toutefois, la planification de ces interventions n'est pas aussi simple qu'il apparaît, car les prédictors de l'ÉSPT peuvent opérer de façon différente selon la population étudiée (p. ex., militaires vs civils, femmes vs hommes), le type de trauma vécu et le diagnostic (ÉSPT aigu ou chronique) (Brewin et al., 2000). Les interventions doivent être élaborées en fonction de ces diverses considérations et selon le jugement du clinicien. De plus, d'autres variables peuvent agir à titre de médiateur ou de modérateur de la relation qui existe entre les prédictors et les symptômes d'ÉSPT. La connaissance de ces variables est essentielle dans le processus de planification des interventions. Toutes ces considérations doivent mettre en garde l'intervenant et le chercheur vis-à-vis le déploiement d'interventions universelles et rigides qui pourraient être appliquées à tous les individus ayant subi un trauma peu importe les caractéristiques individuelles, contextuelles ou temporelles. En portant attention aux points soulevés, les interventions qui seront développées et appliquées dans le futur deviendront plus efficaces afin de contrer les conséquences potentiellement négatives de l'exposition à un ÉT.

4.7 Considérations méthodologiques

4.7.1 Limites du programme de recherche

Il convient de mentionner que le présent projet de recherche sera suivi d'une étude prospective longitudinale qui s'avère une suite logique et complémentaire permettant de contrôler pour certaines limites du volet rétrospectif. L'interprétation des résultats obtenus dans cette étude doit être envisagée avec prudence et retenue, et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, la nature rétrospective et corrélationnelle du devis ne permet pas de formuler des inférences causales. Nous démontrons uniquement une relation d'association ainsi que la force d'impact de l'association entre ces variables. De plus, seul un devis prospectif permettrait d'avancer que les facteurs dits post-traumatiques permettent de prédire la survenue de l'ÉSPT puisqu'ils surviennent véritablement avant l'apparition des symptômes de l'ÉSPT. Il importe de mentionner que plusieurs années se sont écoulées entre le moment

de l'entrevue clinique et l'ÉT, ce qui peut atténuer la validité et la fiabilité des jugements des répondants. De plus, les mesures rétrospectives peuvent produire des biais de mémoire ou rappel en plus d'influencer le niveau d'intensité rapportée de certaines variables prévisionnelles comme la dissociation péritraumatique. Il est également important de noter que l'expérience traumatique peut influencer certaines caractéristiques prétraumatiques qui sont considérées comme relativement stables, comme les traits de personnalité, le tempérament et l'utilisation de stratégies de gestion du stress. Qui plus est, la culture policière peut inciter le policier à ne pas exposer sa vulnérabilité psychologique ou physique. Cela pourrait amener certains policiers à sous-rapporter la présence de symptômes post-traumatiques. Dans ce cas, les estimations portant sur la symptomatologie post-traumatique et le taux de l'ÉSPT rapportés dans le programme de recherche pourraient représenter des données plutôt conservatrices. Par ailleurs, il importe de préciser que la symptomatologie de l'ÉSPT fait référence à un seul événement, soit l'ÉT qui a le plus perturbé le policier et qui est survenu au travail. Il est possible que l'ampleur des réactions post-traumatiques en lien avec des événements cumulatifs au travail et en dehors du travail ait été sous-estimée. Une autre limite provient du fait qu'il se révèle difficile de savoir si les résultats obtenus auprès des policiers peuvent se généraliser à d'autres types de population à haut risque. De plus, l'échantillon pourrait être non représentatif de l'ensemble des policiers travaillant au sein du SPVM puisque la participation se faisait sur une base volontaire et que des policiers retraités ont été inclus dans l'étude. Par ailleurs, il est possible que les 169 participants du programme de recherche diffèrent des policiers qui n'ont pas répondu à leur invitation. Soixante-quatre policiers ayant accepté de donner les raisons de leur non-participation à l'étude soulignent que le manque de temps et un certain désintéressement vis-à-vis l'étude sont les motifs principaux. Il est possible d'envisager, dans une certaine mesure, que les participants soient suffisamment représentatifs de l'ensemble des policiers du SPVM, car les raisons invoquées pour ne pas participer semblent acceptables, compréhensibles et ne laissent pas sous-entendre une symptomatologie ou une détresse plus marquée chez les non-participants. Toutefois, ces affirmations doivent être interprétées avec réserve. De plus, il convient de demeurer circonspect dans l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus étant donné le faible taux de participation des policiers. La présence vraisemblable d'un biais d'auto-

sélection dans l'étude limite la validité externe de celle-ci. Par ailleurs, les résultats obtenus peuvent se trouver biaisés par la possibilité de commettre l'erreur de Type I et de Type II puisque aucune correction n'a été apportée pour les comparaisons multiples et que la taille des groupes de participants était petite et inégale.

4.7.2 Forces et retombées du programme de recherche

Malgré les limites précédemment mentionnées, le projet de recherche comporte plusieurs forces. D'abord, l'étude des facteurs prévisionnels s'attarde pour la première fois à des policiers québécois et canadiens. Ensuite, l'étude incorpore une entrevue semi-structurée validée afin de mieux établir les diagnostics de l'ÉSPT et des autres troubles mentaux, contrairement à de nombreuses études antérieures qui n'emploient que des questionnaires autoadministrés. En utilisant des instruments standardisés, cette étude mesure de nombreux facteurs prévisionnels et inclut à la fois les facteurs de risque et surtout les facteurs de protection rarement estimés. Trois catégories de prédicteurs sont distinguées : prétraumatiques, péritraumatiques et post-traumatiques. Qui plus est, plusieurs facteurs de protection n'ayant pas été mesurés auparavant ou n'ayant pas été fréquemment évalués dans les recherches auprès de policiers (p. ex., la personnalité résistante au stress, les croyances personnelles, les stratégies de gestion du stress) font l'objet d'une évaluation systématique dans le cadre du programme de recherche. D'autre part, les auteurs distinguent le soutien social positif des interactions sociales négatives, une différenciation rarement prise en compte. De même, diverses sources de soutien social (p. ex., les collègues, les superviseurs et un proche significatif) sont évaluées. De plus, la présente étude mesure le soutien social péritraumatique, alors qu'aucune autre étude n'a encore étudié l'impact du soutien durant et immédiatement après l'ÉT. Finalement, l'utilisation d'analyses multivariées permet de délimiter non seulement les relations entre les facteurs de risque, de protection et la symptomatologie, mais également l'impact de divers prédicteurs.

Par ailleurs, le présent projet de recherche apporte des retombées pour le SPVM. Tout d'abord, les résultats de ce projet viennent corroborer l'importance d'une approche préventive qui est déjà une pratique préconisée et appliquée par le PAPP. De plus, les

intervenants du PAPP pourront recourir aux instruments de mesure utilisés dans le programme de recherche afin de dépister les individus à risque et d'évaluer les symptômes post-traumatiques et les autres conditions cliniques. Il pourrait s'avérer intéressant de développer un nouvel instrument de dépistage des réactions post-traumatiques spécifiquement pour les policiers. Cet instrument pourrait renseigner les intervenants du PAPP quant à la pertinence d'offrir ou non un suivi psychologique ou aider à préciser le type de suivi à proposer. En se basant sur les données de cette recherche scientifique, les interventions actuelles et cliniques des psychologues du PAPP pourront être ajustées, validées ou améliorées, ce qui permettra du même coup de soutenir ces intervenants dans leur approche clinique. D'autre part, les données obtenues lors de cette recherche pourront enrichir grandement l'atelier de formation portant sur la « Gestion humaine lors d'un événement marquant » qui est offert par le PAPP à tous les superviseurs nouveaux promus.

4.8 Pistes de recherches futures

Les recherches sur les variables prévisionnelles de l'ÉSPT ont été nombreuses depuis l'apparition du diagnostic. Pourtant, celles-ci ne nous éclairent pas encore suffisamment quant à la valence des facteurs prévisionnels, à leurs relations et à leurs rôles respectifs dans la modulation de l'ÉSPT. Les chercheurs devront poursuivre leurs études afin de préciser les facteurs qui modulent les réactions post-traumatiques, et ce, en fonction du type de trauma et des populations. Pour ce faire, voici des recommandations quant aux aspects sur lesquels les chercheurs devraient concentrer leurs efforts pour les années à venir.

4.8.1 Déterminer les facteurs prévisionnels optimaux

Actuellement, les études dans le domaine spécifient qu'il existe plusieurs facteurs prévisionnels, mais ceux-ci possèdent souvent un ratio élevé de sensibilité (p. ex., la probabilité que l'ÉSPT soit présent si le facteur de risque est présent) avec peu de spécificité (p. ex., la probabilité que l'ÉSPT soit absent si le facteur de risque est absent). La recherche concernant les prédicteurs de l'ÉSPT devrait se poursuivre en déterminant ceux qui possèdent à la fois une sensibilité et une spécificité optimale (Bryant, 2005).

4.8.2 Examiner la fluctuation de l'impact des facteurs prévisionnels

Il importe que les chercheurs reconnaissent que l'ampleur de l'effet des facteurs prévisionnels peut fluctuer en fonction des spécificités du diagnostic de l'ÉSPT (p. ex., aigu, chronique, différé, clinique, sous-clinique, etc.) et des phases d'évolution, de maintien ou de rémission de l'ÉSPT. Par exemple, une étude réalisée auprès des vétérans du Vietnam indique que l'ÉSPT aigu est lié aux facteurs dits pré, péri et post-traumatiques alors que l'ÉSPT chronique est principalement lié aux facteurs péri et post-traumatiques (Schnurr et al., 2004). L'essor d'études longitudinales de nature prospective permettra de mieux comprendre l'étiologie et le maintien de l'ÉSPT et paraît indispensable afin de : 1) distinguer les différents facteurs qui contribuent à l'évolution, au maintien et à la rémission de l'ÉSPT; 2) évaluer les mécanismes en jeu dans la période suivant l'ÉT; 3) différencier l'effet des prédicteurs en fonction du moment d'apparition de l'ÉSPT (un mois vs après six mois); et 4) examiner l'impact d'événements stressants cumulatifs, spécialement chez les populations à haut risque. Par ailleurs, Brewin et ses collaborateurs (2000) constatent que l'ampleur de l'effet de chacun des prédicteurs diffère selon la population étudiée et les caractéristiques de l'échantillon (p. ex., population à risque ou non, type de trauma vécu, ethnie, sexe). Ces constatations laissent sous-entendre aux chercheurs qu'il devient essentiel pour les études futures de tenir compte de variables contextuelles et sociodémographiques pour mesurer la réelle force prévisionnelle des facteurs de risque et de protection. En conséquence, il devient préférable d'utiliser des analyses distinctes en fonction de ces diverses variables (p. ex., selon le sexe des individus ou bien à différents moments de l'évolution des réactions post-traumatiques) afin de ne pas perdre la spécificité de chacun des prédicteurs. Peu de chercheurs mesurent la force prévisionnelle des prédicteurs en fonction de ces considérations alors qu'elles s'avèrent primordiales.

4.8.3 Opérationnaliser les variables et utiliser une terminologie commune

Afin d'obtenir des résultats plus consistants entre les études, les chercheurs devraient mieux expliquer et opérationnaliser les variables qu'ils mesurent. Par exemple, ils devraient établir un consensus concernant les construits qui font partie du concept de la sévérité de

l'ÉT et sur la façon dont la sévérité du trauma devrait être mesurée. De plus, les chercheurs devraient mieux distinguer les variantes qui existent dans des construits multidimensionnels comme le soutien social. Layne, Warren, Watson et Shalev (2007) indiquent également qu'il existe des incohérences et des inconsistances dans la terminologie utilisée par les chercheurs pour décrire des concepts clés comme la résilience et l'adaptation. Afin de parer à cette lacune, ces auteurs spécifient les différentes trajectoires d'adaptation possibles en réponse à un trauma et distinguent, entre autres, la résilience (c.-à-d. une perturbation temporaire dans le fonctionnement de l'individu suivi d'une rémission complète) de la résistance (c.-à-d. l'absence de perturbation dans le fonctionnement de l'individu après un trauma). Les prochaines études portant sur les facteurs de protection et la résilience devraient employer un vocabulaire communément accepté par la communauté en trauma et utiliser des termes de façon non interchangeable, et ce, afin d'améliorer la clarté et la précision dans ce vaste domaine.

4.8.4 Privilégier une entrevue diagnostique et utiliser des instruments validés

Dans les études, l'ÉSPT et le soutien social sont souvent mesurés par des instruments autoadministrés, ce qui peut conduire à certaines limites méthodologiques telles que l'absence d'un jugement clinique et une mauvaise compréhension des questions de la part des participants. Les études devraient privilégier l'utilisation d'une entrevue structurée ou semi-structurée pour établir le diagnostic de l'ÉSPT. Si cela n'est pas possible, il faudrait recourir à des instruments validés possédant des propriétés psychométriques satisfaisantes pour s'assurer de la validité du diagnostic. Par ailleurs, le questionnaire utilisé pour mesurer le soutien social dans cette étude n'a pas été conçu spécifiquement pour les policiers, une population qui présente certaines particularités. Ce manque de spécificité quant à l'instrument utilisé peut avoir contribué à diminuer sa validité. Ainsi, il est recommandé d'adapter certains instruments de mesure à la population étudiée.

4.8.5 Étudier le soutien social sous toutes ces facettes

Très peu d'études distinguent les différents types de soutien et les sources de soutien. La grande majorité des recherches mesure la perception de la disponibilité du soutien et non la perception du soutien réellement reçu. Qui plus est, aucune autre étude ne mesure la perception du soutien reçu au niveau péritraumatique, alors que le programme de recherche démontre que ce type de soutien joue un rôle important dans la modulation des réactions post-traumatiques. Donc, il s'avère nécessaire que d'autres études répliquent ce résultat avec des policiers et avec différentes populations. De plus, les recherches futures devraient évaluer davantage l'impact des interactions sociales négatives et les types et les sources de soutien qui modulent le développement de l'ÉSPT chez les policiers québécois, et ce, à différents moments dans le temps.

4.8.6 Poursuivre l'étude de la dissociation et établir une conceptualisation commune

En ce qui a trait à la dissociation, si les chercheurs veulent continuer d'étudier ce phénomène complexe, les efforts devraient d'abord converger vers l'élaboration d'une définition commune de la dissociation et des réactions spécifiques qui constituent la dissociation. Actuellement, il n'y a pas de consensus au niveau de la conceptualisation de la dissociation. Le plus récent et exhaustif ouvrage portant sur la dissociation (Dell & O'Neil, 2009) fait état de points de vue divergents. En effet, certains experts représentent la dissociation sur un continuum, alors que d'autres autorités utilisent une taxonomie. Parallèlement, les recherches ultérieures devraient définir les paramètres temporels de la dissociation péritraumatique et persistante. À compter de ce moment, les études pourront alors évaluer de façon longitudinale la contribution relative de la dissociation péritraumatique et persistante dans l'étiologie et le maintien de l'ÉSPT. Le diagnostic de l'ÉSA devrait être également revu puisque celui-ci ne différencie pas la dissociation péritraumatique et persistante. Par ailleurs, il serait intéressant d'examiner le rôle de différentes réponses dissociatives (p. ex., amnésie, déréalisation, dépersonnalisation) et de déterminer leur influence spécifique sur les processus cognitifs tels l'encodage et la récupération. Une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents à la dissociation

péritraumatique et persistante et leurs influences respectives sur les processus cognitifs pourrait ajouter une valeur supplémentaire au modèle d'Ehlers et Clark. De plus, il serait pertinent d'évaluer les facteurs associés à la dissociation tels que le type de personnalité, un historique de traumatismes passés, une tendance générale à dissocier, les stratégies de gestion du stress utilisées ou encore la détresse péritraumatique. Les recherches devraient chercher à identifier les individus prompts à dissocier, mais également déterminer les facteurs de protection pour contrer la dissociation et évaluer de façon prospective si ceux-ci empêchent la survenue de l'ÉSPT. Dans cette optique, il serait pertinent d'étudier la relation complexe qui existe entre le soutien social et la dissociation et de déterminer jusqu'à quel point la présence de soutien social pourrait freiner l'apparition de la dissociation. Finalement, puisque le modèle d'Ehlers et Clark stipule que l'ÉSPT est davantage influencé par les évaluations négatives à propos de la symptomatologie que les symptômes en soi, il serait intéressant de distinguer le rôle des évaluations négatives en ce qui concerne la dissociation du rôle de la dissociation elle-même dans l'apparition subséquente de l'ÉSPT. Bryant (2009) émet l'hypothèse que les évaluations catastrophiques concernant la dissociation péritraumatique pourraient mieux prédire la survenue d'un ÉSPT que la dissociation en soi. La recherche devra assurément se poursuivre dans ce domaine.

4.8.7 Étudier l'impact de l'ÉSPT partiel

Les conséquences dévastatrices de l'ÉSPT sur le fonctionnement social et professionnel des individus sont bien établies. Toutefois, l'ÉSPT partiel demeure une condition rarement étudiée et prise en compte chez une population policière, bien que celle-ci puisse entraîner des conséquences importantes au niveau du travail policier qui exige un niveau de fonctionnement et de performance élevés. Les études ultérieures devraient s'attarder à l'impact d'un ÉSPT partiel sur le fonctionnement psychosocial et professionnel des policiers et des autres populations à haut risque.

4.8.8 Étudier les populations à haut risque et utiliser des mesures pré-post

La recherche dans le domaine du trauma fait en sorte qu'il est pratiquement impossible d'assigner de façon aléatoire des sujets à un groupe expérimental ou à un groupe contrôle puisqu'il est généralement difficile d'anticiper qui sera exposé à un trauma (King et al., 2004). En conséquence, il devient laborieux d'établir des liens temporels ou de causalité entre les facteurs et les réactions post-traumatiques. Davantage d'études devraient se pencher sur les populations à haut risque de subir des ÉT dans le cadre de leur profession (p. ex., pompiers, ambulanciers, policiers). Ces populations fournissent une opportunité d'étudier l'ÉSPT de façon prospective. En début de carrière, les individus à haut risque de vivre des ÉT au travail offrent aux chercheurs une opportunité de prendre des mesures au niveau prétraumatique, c'est-à-dire avant même qu'ils soient exposés à un ÉT. Ces données prétraumatiques peuvent constituer des mesures de niveaux de base et peuvent être par la suite comparées aux données obtenues sur les mêmes mesures une fois que l'individu est exposé au trauma. Ces mesures pré-post (c.-à-d. les données prises avant et après la survenue d'un ÉT) permettraient de mieux évaluer l'impact des facteurs prévisionnels.

De plus, il importe de noter que certains facteurs au niveau prétraumatique peuvent être modulés et modifiés par l'expérience d'un ÉT. Par exemple, un faible sentiment d'efficacité personnelle peut être le résultat de l'exposition à un trauma plutôt qu'une caractéristique présente avant le trauma. Ainsi, l'utilisation de mesures pré-post permettrait également de distinguer les facteurs prétraumatiques qui demeurent stables dans le temps des facteurs présents avant le trauma qui sont modulés par l'expérience traumatique ou par la présence d'un diagnostic d'ÉSPT. Les mesures pré-post peuvent non seulement être prises avant et après l'ÉT, mais également avant et après l'apparition de l'ÉSPT.

4.8.9 Préciser les mécanismes causaux et sous-jacents

L'utilisation d'une méthodologie contemporaine peut favoriser l'établissement d'inférences causales valides et améliorer ainsi la compréhension de l'étiologie de l'ÉSPT. À cet effet, King et ses collaborateurs (2004) suggèrent aux chercheurs d'utiliser une

taxonomie commune pour identifier, organiser et cataloguer les facteurs prévisionnels dans des catégories mutuellement exclusives qui possèdent chacune des significations spécifiques. Kraemer et ses collaborateurs (1997) proposent de répertorier les facteurs en fonction des catégories suivantes : les marqueurs fixes (c.-à-d. les marqueurs qui ne varient pas chez l'individu même avec le passage du temps tels que le sexe ou l'âge au moment du trauma), les facteurs de risque variables (c.-à-d. les facteurs qui changent naturellement avec le passage du temps ou qui peuvent être amenés à changer tels que les événements stressants survenant après le trauma) ainsi que les facteurs de risque causaux (c.-à-d. les facteurs qui peuvent être manipulés, comme le soutien social et qui, lorsqu'ils sont manipulés, produisent un changement notable dans l'issue du traitement). L'utilisation d'une telle taxonomie permet de mieux observer les liens entre les facteurs et, si possible, d'isoler ou d'identifier les facteurs ayant un effet de causalité dans l'étiologie de l'ÉSPT (King et al., 2004). Malgré l'absence d'un plan de recherche expérimental, il devient dès lors possible de préciser davantage les mécanismes causaux complexes en jeu.

D'un autre côté, les mécanismes sous-jacents par lesquels les différents prédicteurs influencent le développement de l'ÉSPT demeurent peu connus et peu étudiés (Layne et al., 2007). Afin d'obtenir une meilleure compréhension de ces mécanismes, les chercheurs devraient spécifier davantage les relations directes ou indirectes des prédicteurs et leurs effets modérateurs ou médiateurs sur la réaction post-traumatique (Ozer et al., 2003). De plus, il faudrait pouvoir circonscrire les variables à l'étude puisque celles-ci peuvent impliquer la présence de variables concomitantes ou confondantes. Pour ce faire, l'application de méthodes multivariées, d'analyses de trajectoire ou d'équations structurelles peut s'avérer une solution avantageuse. Ce type d'analyse statistique permet d'observer et de tester avec plus de précision les relations complexes et les interactions qui existent entre les variables (King et al., 2004). À l'aide de ces différents moyens pour étudier les mécanismes sous-jacents, les chercheurs pourront éventuellement répondre à des questions telles que : 1) *pourquoi* ce prédicteur est-il associé à l'adaptation suite au trauma; 2) *comment* et *dans quels contextes* opère-t-il; et 3) *comment faciliter* sa mise en place (Layne et al., 2007)?

4.8.10 Étudier d'autres facteurs prévisionnels et des populations variées

Les recherches sur les facteurs de protection, comparativement aux facteurs de risque, sont moins nombreuses alors qu'il apparaît essentiel d'étudier ces facteurs importants afin de développer des approches préventives. Dans le présent programme de recherche, le soutien social péritraumatique ressort comme un prédicteur important. Les chercheurs devraient poursuivre leurs études afin de découvrir s'il existe d'autres facteurs de protection qui pourraient agir au niveau péritraumatique. De plus, puisqu'il existe de nombreux facteurs de risque péritraumatiques (p. ex., la dissociation, la détresse péritraumatique), les recherches futures devraient délimiter l'importance relative de ces divers facteurs sur le développement et la chronicité de l'ÉSPT. D'autres facteurs méritent que des travaux scientifiques se poursuivent à leur sujet puisqu'ils semblent entrer en jeu dans la modulation des réactions post-traumatiques et qu'ils ont été peu étudiés. Il s'agit par exemple des marqueurs biologiques (p. ex., le cortisol), de la comorbidité psychologique, des cognitions des individus à la suite de l'ÉT (p. ex., blâme, attribution, impuissance acquise), des difficultés de sommeil présentes avant ou après l'ÉT, ou encore du contexte culturel et religieux.

Bien que les études réalisées jusqu'à ce jour portent sur une grande diversité d'ÉT et sur un large éventail de la population, certains événements et populations demeurent encore peu étudiés (p. ex., les grands brûlés, les chauffeurs d'autobus, les opérateurs de métro, les agents de sécurité, les victimes d'un infarctus du myocarde, les blessés médullaires et le personnel médical à l'urgence). Enfin, les populations de sexe féminin sont souvent étudiées en lien avec des traumatismes d'ordre sexuel, mais sont rarement étudiées relativement à d'autres types de trauma (p. ex., les femmes qui vivent un accouchement difficile).

La poursuite de l'étude des facteurs de risque et de protection permettra de favoriser l'émergence de modèles explicatifs de l'ÉSPT plus complets et la mise en place de stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire efficaces. Les recherches futures devront évaluer l'efficacité des stratégies qui auront été développées en fonction des facteurs de risque et de protection.

En somme, les chercheurs doivent demeurer conscients des limites méthodologiques qui existent à l'heure actuelle dans les écrits portant sur les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT et trouver des procédés qui aideront à contourner ces limites. Plusieurs recommandations ont été formulées à l'attention des chercheurs. Une compréhension approfondie des facteurs prévisionnels et une connaissance accrue des mécanismes sous-jacents à ceux-ci constituent des priorités de recherche qui permettront de mieux cibler les individus à risque pour ensuite leur offrir rapidement les services nécessaires et adaptés ou encore pour les référer à des ressources ou à des programmes adéquats.

4.9 Conclusion générale

L'existence probable d'un biais d'auto-sélection dans l'échantillon pourrait affecter la validité externe de l'étude dans la mesure où les résultats de celle-ci s'appliquent essentiellement aux répondants. Cependant, les résultats du programme de recherche sont similaires à ceux obtenus dans d'autres études et confirment les connaissances actuelles acquises au niveau des facteurs prévisionnels de l'ÉSPT qui existent dans les écrits portant sur diverses populations, dont les policiers. Ainsi, les résultats dénotent un faible taux d'ÉSPT. Chez les policiers affligés d'un ÉSPT, les résultats indiquent que cette condition se trouve comorbide avec d'autres troubles mentaux, dont la dépression majeure, et que l'ÉSPT entraîne des conséquences au niveau du fonctionnement psychosocial des policiers. Ainsi, même si seulement une minorité de policiers manifestent un ÉSPT, il est primordial d'instaurer des interventions préventives chez cette population à haut risque de subir des ÉT dans le cadre de leur travail. Les stratégies élaborées doivent promouvoir la mise en place d'un environnement soutenant et permettre de diminuer ou d'empêcher l'apparition de réactions dissociatives. Les interventions développées et mises de l'avant pourront ultérieurement aider à mieux prévenir le développement et le maintien de l'ÉSPT chez les policiers et à favoriser une récupération plus rapide après un ÉT.

APPENDICE A
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DE
L'ÉTAT DE STRESS AIGU

■ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble
État de Stress post-traumatique**

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **N.B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. **N.B.** : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **N.B.** : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
- (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). **N.B.** : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

(suite)

□ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble État de Stress post-traumatique** *(suite)*

- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
 - (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
 - (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
 - (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 - (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
 - (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.
- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
 - (2) irritabilité ou accès de colère
 - (3) difficultés de concentration
 - (4) hypervigilance
 - (5) réaction de sursaut exagérée
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C, et D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

■ Critères diagnostiques du F43.0 [308.3] Trouble État de Stress aigu

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique, dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
 - (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
- (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
 - (2) une réduction de la conscience de son environnement (par ex. « être dans le brouillard »)
 - (3) une impression de déréalisation
 - (4) de dépersonnalisation
 - (5) une amnésie dissociative (i.e. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).
- C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (par ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).
- E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neuro-végétative (p. ex., difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).
- F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

(suite)

□ **Critères diagnostiques du F43.0 [308.3] Trouble État de Stress aigu** *(suite)*

- G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.
- H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

APPENDICE B
TABLEAUX SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION DE L'ÉTAT DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE

Tableau B.1 Regroupement des facteurs étiologiques les plus probants de l'état de stress post-traumatique

	Facteurs prétraumatiques	Facteurs péritraumatiques	Facteurs post-traumatiques
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédents psychologiques et psychiatriques personnels et familiaux ▪ Événements traumatiques et stressseurs antérieurs ▪ Stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress centrées sur les émotions ou l'évitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Type d'événement vécu (événements de type II) ▪ Sévérité de l'événement traumatique et caractéristiques associées (perception de menace à la vie, exposition à des atrocités, durée plus longue de l'événement) ▪ Réactions initiales de stress (émotionnelles et physiques) ▪ Détresse péritraumatique ▪ Dissociation péritraumatique ▪ Effroi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blessures physiques ▪ Situations de vie stressantes ▪ Symptômes dépressifs ▪ État de stress aigu ▪ Soutien social (absent, déficient ou négatif) ▪ Stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress centrées sur les émotions ou l'évitement
Facteurs de protection	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress centrées sur le problème ou l'approche ▪ Personnalité résistante au stress ▪ Sentiment d'efficacité personnelle ▪ Expérience antérieure ou formation adéquate 	<i>À découvrir</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien social (adéquat ou positif) ▪ Stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress centrées sur le problème ou l'approche

Tableau B.2 Recension des écrits synthétisée

Facteurs prétraumatiques				
Variables étudiées	Facteurs de risque	Facteurs de protection	Aucune association	Populations étudiées
Antécédents psychologiques et psychiatriques personnels	Breslau et al., 1991; 2006; Breslau & Davis, 1992; O'Toole et al., 1998		Carlier et al., 1997	Policiers; population urbaine de jeunes adultes et de jeunes enfants; vétérans de guerre
Antécédents psychologiques et psychiatriques familiaux	Breslau et al., 1991; Davidson et al., 1991		Carlier et al., 1997	Communauté; policiers; population urbaine de jeunes adultes
Événements traumatiques et stressors antérieurs	Blair, 2000; Friedman & Higson-Smith, 2003; Gabriel et al., 2007; Haisch & Meyers, 2004; Herman et al., 1986; Kilpatrick et al., 1998; Koss, 1993; Liberman et al., 2002; Roth et al., 1990; Rothbaum et al., 1992; Solomon, 1990; Stephens et al., 1999; Stephens & Miller, 1998; Ullman et al., 2007; Violanti & Gehrke, 2004; Vrana & Lauterbach, 1994	Baçoğlu et al., 1997		Étudiants collégiens; individus exposés à un acte terroriste; policiers; réfugiés cambodgiens; vétérans; victimes d'agressions sexuelles et d'inceste; victimes de torture
Niveau d'éducation			Astin et al., 1993; Baçoğlu et al., 1997; Carlier et al., 1997; McCaslin, Metzler, et al., 2006; Pole et al., 2001; Schnurr et al., 2004; Ullman et al., 2007	Femmes agressées physiquement; policiers; vétérans du Vietnam; victimes d'agressions sexuelles; victimes de torture

Tableau B.2 Recension des écrits synthétisée (suite)

Facteurs prétraumatiques (suite)				
Variables étudiées	Facteurs de risque	Facteurs de protection	Aucune association	Populations étudiées
Âge	<u>Âge au moment de l'étude</u> : <i>Jeune âge</i> : Norris, 1992; Richardson et al., 2007 <i>Âge avancé</i> : Brodaty et al., 2004; Ullman & Siegel, 1994	<u>Âge lors du trauma</u> : <i>Âge avancé</i> : Taylor & Frazer, 1982 <u>Âge au moment de l'étude</u> : <i>Âge avancé</i> : Foster et al., 2004; Ullman et al., 2007	<u>Âge lors du trauma</u> : Carlier et al., 1997; Kilpatrick & Williams, 1998; Maercker et al., 2004; Schnurr et al., 2004; Tucker et al., 2002 Ullman & Siegel, 1994 <u>Âge au moment de l'étude</u> : Astin et al., 1993; Berman et al., 1996; Kilpatrick & Williams, 1998; McCaslin, Metzler, et al., 2006; McIntyre & Ventura, 2003; Pole et al., 2001; Pole et al., 2005; Wilson et al., 1997	Adolescents réfugiés; communauté; échantillon de la population adulte représentant divers groupes démographiques; enfants témoins de violence familiale; femmes agressées physiquement; femmes ayant vécu un événement traumatique dans l'enfance ou l'adolescence; individus ayant transporté des corps après l'explosion d'Oklahoma City; intervenants ayant participé à des recouvrements de corps; jeunes exposés à la violence et au crime; militaires; policiers; secouristes; survivants de l'holocauste; vétérans canadiens; vétérans du Vietnam; victimes d'agressions sexuelles
Minorité ethnique	Pole et al., 2001; 2005	Schnurr et al., 2004	Astin et al., 1993; Berman et al., 1996; Friedman et al., 2004; McCaslin, Metzler, et al., 2006; Ullman et al., 2007	Femmes agressées physiquement; jeunes exposés au crime et à la violence; policiers; vétérans de descendance japonaise; vétérans du Vietnam hawaïen et japonais; victimes d'agressions sexuelles
Sexe	<u>Femmes</u> : Breslau et al., 1991; Breslau & Davis, 1992; Kessler et al., 1995; Norris, 1992; Norris et al., 2003; Van Ameringen et al., 2008	<u>Hommes</u> : Benight & Harper, 2002; McIntyre & Ventura, 2003; Sharkansky et al., 2000	Berman et al., 1996; Brodaty et al., 2004; Carlier et al., 1997; Kilpatrick & Williams, 1998; McCaslin, Metzler, et al., 2006; Pole et al., 2001; Ronan, 1997; Schnurr et al., 2004; Tucker et al., 2002; Wilson et al., 1997	Adolescents réfugiés; enfants témoins de violence familiale; enfants témoins d'éruptions volcaniques; individus ayant transporté des corps après l'explosion d'Oklahoma City; jeunes exposés à la violence et au crime; personnel de l'armée; policiers; population adulte générale; population urbaine de jeunes adultes; survivants de l'holocauste; vétérans du Vietnam; victimes de désastres naturels

Tableau B.2 Recension des écrits synthétisée (suite)

Facteurs prétraumatiques (suite)				
Variables étudiées	Facteurs de risque	Facteurs de protection	Aucune association	Populations étudiées
Stratégies de gestion du stress	<u>Mode négatif de gestion du stress</u> : Berman et al., 1996 <u>Mode de gestion du stress centré sur l'évitement</u> : Dörfel et al., 2008; Gil, 2005	<u>Mode de gestion du stress centré sur l'approche et le problème</u> : Pedersen & Elklit, 1998; Sharkansky et al., 2000; Sutker et al., 1995	<u>Mode de gestion du stress actif et passif</u> : Kilpatrick & Williams, 1998 <u>Mode positif de gestion du stress</u> : Berman et al., 1996	Enfants témoins de violence conjugale; étudiants israéliens exposés à un acte terroriste; individus séropositifs; jeunes exposés à la violence et au crime; personnel de l'armée; soldats de la guerre du Golfe; victimes d'un accident d'automobile
Cognitions et croyances	<u>Cognitions négatives sur soi</u> : Bryant & Guthrie, 2007		<u>Blâme personnel</u> : Bryant & Guthrie, 2007 <u>Cognitions négatives sur le monde</u> : Bryant & Guthrie, 2007	Pompiers
Personnalité résistante au stress		Andrew et al., 2008; Bartone, 2000; Bradford & John, 1991; Feinauer et al., 1996; Sutker et al., 1995; Taft et al., 1999; Zakin et al., 2003	<u>Vétérans de sexe féminin</u> : Taft et al., 1999	Femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance; intervenants lors de désastres; militaires; officiers de l'armée ayant porté assistance aux familles des soldats décédés; policiers; prisonniers de guerre; vétérans
Sentiment d'efficacité personnelle		Benight & Harper, 2002; Regehr et al., 2000; 2003		Pompiers; victimes de désastres naturels

Tableau B.2 Recension des écrits synthétisée (suite)

Facteurs prétraumatiques (suite)				
Variabiles étudiées	Facteurs de risque	Facteurs de protection	Aucune association	Populations étudiées
Expérience antérieure ou formation adéquate		Dyregrov et al., 1996; Erslund et al., 1989; Marmar et al., 1996; Perrin et al., 2007; Schnurr et al., 2000	Alexander & Wells, 1991; Carlier et al., 1997; Tucker et al., 2002	Individus ayant transporté des corps après l'explosion d'Oklahoma City; personnel en santé; policiers; pompiers; secouristes; vétérans de guerre
Traits de personnalité : névrosisme	Haisch & Meyers, 2004; Marmar, 2006		Carlier et al., 1997	Policiers
Propension à la colère	Meffert et al., 2008			Policiers
Sensibilité à l'anxiété	Asmundson & Stapleton, 2008			Policiers

Tableau B.2 Recension des écrits synthétisée (suite)

Facteurs péritraumatiques			
Variables étudiées	Facteurs de risque	Aucune association	Populations étudiées
Type d'événement vécu	<i>Événements de type II</i> : Breslau et al., 1991; Kessler et al., 1995; Norris, 1992; Resnick et al., 1993;		Communauté; échantillon de femmes dans la communauté; échantillon de la population adulte représentant divers groupes démographiques; population urbaine de jeunes adultes
Sévérité de l'événement traumatique et caractéristiques objectives associées à l'événement	Bernat et al., 1998; Brodaty et al., 2004; Carlier et al., 1997; Carlson & Rosser-Hogan, 1991; Dörfel et al., 2008; Green & Berlin, 1987; Hodgins et al., 2001; Kilpatrick et al., 1989; Kilpatrick & Resnick, 1993; McCammon et al., 1988; McCaslin, Rogers, et al., 2006; Mueser & Butler, 1987; Resnick et al., 1993; Robinson et al., 1997; Schnyder et al., 2001; Ullman et al., 2007; Zeiss & Dickman, 1989	Hillman, 1981; Shalev et al., 1996	Échantillon de femmes dans la communauté; étudiants collégiens; personnes ayant subi des blessures corporelles lors d'un événement traumatique; personnes pris en otage; policiers; prisonniers de guerre; réfugiés cambodgiens; secouristes; survivants de l'holocauste; vétérans; victimes d'accidents sévèrement blessées; victimes de divers crimes et d'agressions sexuelles; victimes d'un accident d'automobile
Réactions émotionnelles et physiques	Andrews et al., 2000; Bernat et al., 1998; Maercker et al., 2000; Martin & Marchand, 2003		Étudiants collégiens et universitaires; prisonniers politiques; victimes de crimes violents
Détresse péritraumatique	Birmes, Brunet, Coppin-Calmes, et al., 2005; Marmar et al., 2006; McCaslin, Metzler, et al., 2006; Simeon et al., 2003		Individus exposés à un acte terroriste; policiers; victimes d'une catastrophe industrielle
Dissociation péritraumatique	Birmes, Brunet, Coppin-Calmes, et al., 2005; Bremner et al., 1992; Bremner & Brett, 1997; Carlson & Rosser-Hogan, 1991; Hodgins et al., 2001; Holen, 1993; Kangas et al., 2005; Koopman et al., 1994; Marmar et al., 1994; 1996; 1999; 2006; Martin & Marchand, 2003; Marx & Sloan, 2005; McCaslin, Metzler, et al., 2006; O'Toole et al., 1998; 1999; Pole et al., 2001; 2005; Shalev et al., 1996; Tichenor et al., 1996; Weiss et al., 1995		Étudiants universitaires; individus préposés aux services d'urgence; individus recevant un diagnostic de cancer; personnes blessées; policiers; réfugiés; secouristes; survivants d'un incendie; vétérans de guerre; victimes d'un désastre naturel; victimes d'une catastrophe industrielle
Effroi	Bennett et al., 2002; Vaiva et al., 2003		Patients ayant eu un infarctus du myocarde; victimes d'un accident d'automobile

Tableau B.2 Recension des écrits synthétisée (suite)

Facteurs post-traumatiques				
Variabiles étudiées	Facteurs de risque	Facteurs de protection	Aucune association	Populations étudiées
Blessures physiques	Kilpatrick et al., 1989; Resnick et al., 1993; Wilson et al., 1997			Policiers; victimes de divers crimes et d'agressions sexuelles
Situations de vie stressantes survenant après l'événement traumatique	Blair, 2000; King et al., 1999; Koopman et al., 1994; Marmar, 2006; McFarlane, 1989; Richardson et al., 2007			Policiers; pompiers; réfugiés cambodgiens; survivants d'un incendie; vétérans canadiens; vétérans de la guerre du Vietnam
Symptômes dépressifs	Asmundson & Stapleton, 2008; Birmes et al., 2008; Bleich et al., 1997; Shalev et al., 1996; Wilson et al., 1997			Personnes ayant subi des blessures corporelles lors d'un événement traumatique; policiers; vétérans; victimes d'une catastrophe industrielle
État de stress aigu	Birmes, Brunet, Coppin-Calmes, et al., 2005; Brewin et al., 1999; Classen et al., 1998; Harvey & Bryant, 1998			Témoins de violence; victimes d'accidents; victimes de crime; victimes d'une catastrophe industrielle
Soutien social	<u>Soutien déficient ou négatif</u> : Andrews et al., 2003; Carlier et al., 1997; Fontana et al., 1997; Jenkins, 1997; Jovanovic et al., 2004; Marmar et al., 1999; Regehr et al., 2003; Ullman et al., 2007; Zoellner et al., 1999	<u>Soutien adéquat ou positif</u> : Astin et al., 1993; Bartone, 2000; Berman et al., 1996; Friedman & Higson-Smith, 2003; Kaniasty & Norris, 1992; Kaspersen et al., 2003; King et al., 1999; Kulka et al., 1990; McCammon et al., 1988; McCaslin, Metzler, et al., 2006; Pole et al., 2005; Ren et al., 1999; Schnurr et al., 2004; Solomon et al., 1986; Stephens, 1997; Stephens & Long, 2000; Sutker et al., 1995; Taft et al., 1999; Wilson et al., 1997; Zoellner et al., 1999	<u>Soutien reçu</u> : Berman et al., 1996.	Jeunes exposés à la violence et au crime; personnel d'urgence; policiers; pompiers; représentants d'organismes humanitaires secouristes lors d'une tornade et d'un ouragan; vétérans et militaires; victimes d'agressions contre la propriété ou la personne; victimes d'agressions sexuelles et physiques; victimes de conflits civils et religieux; victimes de crimes violents

Tableau B.2 Recension des écrits synthétisée (suite)

Facteurs post-traumatiques (suite)				
Variables étudiées	Facteurs de risque	Facteurs de protection	Aucune association	Populations étudiées
Stratégies de gestion du stress	<u>Mode de gestion du stress centré sur l'évitement</u> : Gil, 2005; Haisch & Meyers, 2004; Harvey-Lintz, & Tidwell, 1997; Pole et al., 2005; Ullman et al., 2007	<u>Mode de gestion du stress centré sur l'approche et le problème</u> : Gil, 2005		Étudiants israéliens exposés à un acte terroriste; policiers; victimes d'agressions sexuelles
Cognitions	<u>Blâme personnel</u> : Arata & Burkhart, 1996; Ullman et al., 2007 <u>Cognitions négatives sur soi</u> : Dörfel et al., 2008		<u>Blâme personnel</u> : Kangas et al., 2005	Individus recevant un diagnostic de cancer; victimes d'agressions sexuelles; victimes d'un accident d'automobile
Débriefing psychologique	Carlier et al., 1997; 1998; 2000		Stephens, 1997	Policiers
Sentiment de cohérence		Friedman & Higson-Smith, 2003		Policiers

Note. Les résultats des méta-analyses ne sont pas rapportés dans le tableau

Tableau B.3 Ampleur de l'effet des facteurs prévisionnels selon deux méta-analyses

Facteurs prévisionnels	Brewin et al. (2000)	Ozer et al. (2003)
	Ampleur de l'effet (nombre d'études)	Ampleur de l'effet (nombre d'études)
Sexe féminin	0,13 (25)	-
Jeune âge	0,06 (29)	-
Faible statut socioéconomique	0,14 (18)	-
Faible niveau d'éducation	0,10 (29)	-
Niveau d'intelligence inférieur	0,18 (6)	-
Statut de minorité	0,05 (22)	-
Abus dans l'enfance	0,14 (9)	-
Autres expériences négatives dans l'enfance	0,19 (14)	-
Événements traumatiques antérieurs	0,12 (14)	0,17 (23)
Antécédents psychologiques et psychiatriques personnels	0,11 (22)	0,17 (23)
Antécédents psychologiques et psychiatriques familiaux	0,13 (11)	0,17 (9)
Sévérité de l'événement traumatique	0,23 (49)	-
Perception de menace à la vie	-	0,26 (12)
Réactions émotionnelles péritraumatiques	-	0,26 (5)
Dissociation péritraumatique	-	0,35 (16)
Soutien social perçu	-	-0,28 (11)
Soutien social déficient	0,40 (11)	-
Événements stressants ultérieurs	0,32 (8)	-

Note. Les valeurs représentent l'ampleur de l'effet ajustée en fonction de la taille échantillonnale. Les valeurs positives reflètent une relation positive avec les symptômes d'ÉSPT et inversement les valeurs négatives reflètent une relation négative avec les symptômes d'ÉSPT. On peut évaluer la taille de ces effets en se référant aux normes habituelles de Cohen (1988) (faible : $r = 0,10$; modérée : $r = 0,30$; élevée : $r = 0,50$)

APPENDICE C
ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES
REVUES SCIENTIFIQUES

Original Message -----

Subject: Acceptance of Revised JTD 08-042

Date: Fri, 5 Dec 2008 13:57:49 -0800

From: "Jennifer J. Freyd" <jjf@dynamic.uoregon.edu>

To: <melissa.martin@trauma-ptsd.com>

Dear Mélissa Martin,

Thank you for this responsive revision. I am pleased to accept your revised paper for JTD. Readers will be very interested in this contribution.

If you have not already done so, please sign the copyright transfer form and return to us as instructed. You can find the form and instructions at: <http://dynamic.uoregon.edu/~jjf/jtd/>

At this point I will be handing over the processing of your manuscript to Annmarie Cholankeril Hulette, Editorial Assistant for JTD. She may have a few minor additional revisions and forms for you to complete, in order to be in compliance with Taylor & Francis requirements.

Congratulations and thanks for your contribution to JTD.

JJF

Jennifer J. Freyd, Ph.D.
Editor, Journal of Trauma & Dissociation
Professor
Department of Psychology
1227 University of Oregon
Eugene, OR 97403-1227

lab: 541.346.4950
fax: 541.346.4911
email: jjf@dynamic.uoregon.edu
JTD email: jtd@dynamic.uoregon.edu
web: <http://dynamic.uoregon.edu/>

166

Laurence Miller, PhD, Editor
International Journal of Emergency Mental Health
Plaza Four, Suite 101
399 W. Camino Gardens Blvd.
Boca Raton, Florida 33432
docmilphd@aol.com

Date: 07/28/09

Dear Contributor

We have received our reviewers' final evaluations of your manuscript, Work Trauma, and we are happy to accept your ms. for publication in IJEMH.

Closer to publication, you will receive final suggestions and proofs for correction.

Once again, thank you for your submission. We look forward to seeing your work within the pages of the International Journal of Emergency Mental Health.

Laurence Miller, PhD, Editor
International Journal of Emergency Mental Health

APPENDICE D
TABLEAU SUR LES STRATÉGIES D'INTERVENTION LIÉES AU SOUTIEN SOCIAL

TABLEAU 14.2

Cible d'intervention, objectifs et stratégies pouvant améliorer le soutien social d'un individu en ÉSPT

Cible	Objectifs	Stratégies
Proches  Victime	Changer les cognitions des proches	Utiliser des techniques de correction cognitive pour modifier les interprétations ou croyances dysfonctionnelles (minimisation des besoins, dévalorisation, croire que rien ne peut être fait, etc.) qui interfèrent avec le soutien social donné et reçu.
	Dispenser du soutien aux proches	Fournir du soutien émotionnel aux membres du réseau naturel pour les aider dans leurs efforts pour soutenir les autres membres du réseau et la victime.
	Favoriser la compréhension des proches	Fournir un programme psychoéducatif sur l'ÉSPT, les difficultés auxquelles doit faire face la victime et ses proches, et le traitement en cours.
	Améliorer les interactions des proches avec la victime	Modeler, rehausser et fournir du feedback positif sur les habiletés comportementales liées à l'émission et à la réception de soutien social.
	Renforcer les liens avec les membres positifs du réseau	Encourager et faciliter les interactions avec les membres positifs du réseau social de la victime.
	Changer les cognitions de la victime	Utiliser des techniques de correction cognitive pour modifier les interprétations ou croyances dysfonctionnelles qui nuisent à son rétablissement

APPENDICE E
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Vous avez été sélectionné pour participer à un projet de recherche portant sur l'évaluation du stress chez les policiers et policières du Service de Police de la Ville de Montréal suite à un incident critique au travail.

Ce projet intitulé « Facteurs prévisionnels du développement du trouble de stress post-traumatique suite à un incident critique chez les policiers et policières » est dirigé par monsieur André Marchand, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Montréal.

Avant de signer ce formulaire de consentement, il est important que vous lisiez attentivement les informations suivantes et que vous posiez toutes les questions nécessaires dans le but de bien comprendre les implications de votre participation.

L'objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche consiste à évaluer chez les policiers et policières les facteurs de risque qui augmentent leur vulnérabilité à développer des réactions de stress post-traumatique ainsi que les facteurs de protection qui facilitent leur adaptation suite à un ou des incidents critiques.

Les tâches à accomplir

Votre collaboration à cette étude exige que vous répondiez à certaines questions (comment l'incident s'est passé, comment vous l'avez vécu, etc.) et que vous remplissiez divers questionnaires. Il y aura une rencontre d'environ deux heures faite avec un évaluateur. Il vous remettra ensuite des questionnaires à remplir à domicile afin d'obtenir les informations nécessaires à cette recherche. En moyenne, la durée de passation de ces questionnaires peut se faire à l'intérieur d'une période de 60 minutes.

Avantages et inconvénients

Il n'y a pas de risques prévisibles à participer à cette étude. Il est possible, cependant, que dans certains cas le fait de parler des informations reliées à l'incident suscite certains malaises ou émotions désagréables. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté lors des rencontres: le professionnel de recherche saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes. Le professionnel de recherche pourra également vous référer au Programme d'aide aux Policiers et Policières (PAPP) ou à un autre psychologue ou professionnel advenant le cas où vous auriez besoin d'une aide spécifique où bien que vous en faites la demande.

Quant aux avantages, d'une part, vous bénéficierez gratuitement de l'évaluation de votre niveau de stress. En effet, vous pourrez recevoir, si vous êtes intéressés, un bilan de votre état de stress. D'autre part, votre participation à cette recherche permettra d'identifier et de mettre sur pied des stratégies pour diminuer les facteurs de risque et pour favoriser les facteurs de protection lors de la formation des policiers et lors de leur quart de travail. En plus, en participant à cette étude, vous aidez à faire des progrès au niveau des connaissances dans le domaine du stress.

Confidentialité

Un soin tout particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies dans le courant de la recherche. Seuls les chercheurs auront accès à ces données. Un code numérique sera toujours employé à la place de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible, et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Les entrevues seront enregistrées sur cassette audio et elles seront identifiées à l'aide d'un code numérique. De plus, après la fin de la recherche, les questionnaires et les cassettes seront détruits.

Retrait de l'étude

Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre suivi plus approprié; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

Enfin et bien sûr, vous êtes tout à fait libre de participer à cette recherche, vous pouvez vous en désister à tout moment, et ce, sans aucun préjudice. Le présent formulaire de consentement a été soumis et accepté par le Comité de Déontologie de l'UQAM. Vous recevrez une copie de ce formulaire. Toute question sur vos droits en tant que participant à ce projet de recherche peut être adressée au chercheur principal. Pour toute question sur les responsabilités de l'équipe de recherche ou encore pour formuler une plainte, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, Dr. Joseph Josy Lévy. Il peut être joint au numéro (514) 987-3000 poste 4483 ou par l'intermédiaire du secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Dispositions générales

Durant l'étude, si nous nous apercevons que vous êtes en détresse ou que votre état psychologique se détériore, des moyens seront pris pour vous offrir les ressources disponibles pour vous aider.

En cas de besoin ou pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec le Laboratoire d'Études du Trauma de l'UQAM au (514) 987-3000 poste

2414. Toutes les informations obtenues dans le cadre de ce projet de recherche seront gardées confidentielles. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires ou si vous vous inquiétez à propos de certaines réactions ou certains malaises, veuillez communiquer durant le jour avec le chercheur responsable du projet, M. André Marchand, au (514) 987-3000, poste 8439.

Diffusion des résultats et financement de la recherche

Cette recherche est subventionnée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Les résultats de l'étude feront l'objet de conférences et communications dans des congrès scientifiques ainsi que de publications dans des revues scientifiques concernant le stress post-traumatique. Un rapport final de recherche sera remis à l'IRSST. Il sera disponible pour consultation. De plus, la Fraternité des policiers et policières informera ses membres des conclusions principales de la recherche.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, _____ certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement.

Je comprends les implications de ma participation à la recherche portant sur l'étude du niveau de stress suite à un incident critique et j'accepte de participer à cette étude.

Signature du participant: _____ Date: _____

Signature du responsable: _____ Date: _____

APPENDICE F
ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES DES POLICIERS IMPLIQUÉS DANS UN
ÉVÉNEMENT MARQUANT

Code confidentiel : _____

FEUILLE D'INSTRUCTION

L'entrevue d'aujourd'hui va porter sur des **événements marquants** qui ont pu se passer alors que vous étiez en service.

Avant de poursuivre, je voudrais vous définir ce qu'est un événement marquant :

- C'est un événement durant lequel vous auriez pu mourir, être très gravement blessé, être menacé de mort ou de grave blessure ou durant lequel votre intégrité physique a pu être menacée. Vous pouvez également avoir été témoin d'un tel événement chez quelqu'un d'autre.

- Avoir vécu ou avoir été témoin d'un tel événement peut entraîner soit un sentiment d'impuissance, des réactions de peur intense, d'horreur, de la colère, de la honte ou encore de la culpabilité.

Maintenant, j'aimerais savoir si ça vous est déjà arrivé en tant que policier de vivre ou d'être **témoin** de tels événements alors que vous étiez en service.

Si oui : Est-ce que vous pouvez me décrire environ 3 événements qui vous ont le plus marqué. Remplir ci-dessous.

Si non : Vérifier avec le Questionnaire sur les incidents critiques pour voir s'il y a des événements marquants qui sont arrivés. Si oui, remplir ci-dessous.

Si on ne peut trouver aucun événement marquant, alors le policier est considéré comme un policier non impliqué dans un événement marquant. Poursuivre l'entrevue pour les policiers de cette catégorie.

Événement numéro 1

Description brève de l'événement Année : _____			
Menace de mort / Témoin de mort	NON	OUI	vous-même ___ un autre ___
Blessure grave / Menace de blessure	NON	OUI	vous-même ___ un autre ___
Intégrité physique / Menace à l'intégrité	NON	OUI	vous-même ___ un autre ___
Quelles émotions avez-vous ressenties (encercler les émotions)?			
Sentiment d'impuissance, horreur, peur intense	NON	OUI	pendant ___ après ___
Colère, honte, culpabilité	NON	OUI	pendant ___ après ___
Étiez-vous stupéfait ou en état de choc au point de ne rien ressentir ? Avez-vous vécu, pendant un moment, une absence complète d'émotions ? Étiez-vous dans l'impossibilité de penser ou sinon à court de mots ? Aviez-vous l'impression d'être figé ? NON OUI			

Événement numéro 2

Description brève de l'événement Année : _____

Menace de mort / Témoin de mort NON OUI vous-même__ un autre__

Blessure grave / Menace de blessure NON OUI vous-même__ un autre__

Intégrité physique / Menace à l'intégrité NON OUI vous-même__ un autre__

Quelles émotions avez-vous ressenties (encercler les émotions)?

Sentiment d'impuissance, horreur, peur intense NON OUI pendant__ après__

Colère, honte, culpabilité NON OUI pendant__ après__

Étiez-vous stupéfait ou en état de choc au point de ne rien ressentir ? Avez-vous vécu, pendant un moment, une absence complète d'émotions ? Étiez-vous dans l'impossibilité de penser ou sinon à court de mots ? Aviez-vous l'impression d'être figé ? NON OUI

Événement numéro 3

Description brève de l'événement Année : _____

Menace de mort / Témoin de mort NON OUI vous-même__ un autre__

Blessure grave / Menace de blessure NON OUI vous-même__ un autre__

Intégrité physique / Menace à l'intégrité NON OUI vous-même__ un autre__

Quelles émotions avez-vous ressenties (encercler les émotions)?

Sentiment d'impuissance, horreur, peur intense NON OUI pendant__ après__

Colère, honte, culpabilité NON OUI pendant__ après__

Étiez-vous stupéfait ou en état de choc au point de ne rien ressentir ? Avez-vous vécu, pendant un moment, une absence complète d'émotions ? Étiez-vous dans l'impossibilité de penser ou sinon à court de mots ? Aviez-vous l'impression d'être figé ? NON OUI

*- Parmi les événements que vous venez de nommer, lequel vous a le plus marqué ?**Pour aider le policier à choisir l'événement le plus marquant, on peut demander quel événement était le pire, lequel a généré le plus de peur, de sentiment d'impuissance ou d'horreur, ou autres émotions...**Poursuivre le reste de l'entrevue en lien avec cet événement marquant.**- Si les événements mentionnés n'ont pas suscité des émotions intenses, alors le policier est considéré comme un policier non impliqué dans un événement marquant. Poursuivre l'entrevue pour les policiers de cette catégorie.*

ÉTUDE RÉTROSPECTIVE

ENTREVUE POUR POLICIERS ET POLICIÈRES

IMPLIQUÉ(E) S

Code confidentiel : _____

Date de l'entrevue : _____

Nom de l'évaluateur : _____

ENTREVUE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉVÉNEMENT MARQUANT

MAINTENANT, NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE LES DÉTAILS DE L'ÉVÉNEMENT MARQUANT QUE
VOUS AVEZ VÉCU

Instructions à l'évaluateur en italique :

*Si dans une phrase, des mots sont en gras ou souligné, mettre l'accent sur ceux-ci
Écrire toute autre information pertinente à l'évaluation sur cette feuille même s'il n'y a pas de
question qui demande cette information*

Donner une brève description de ce qui s'est passé :

1. Quand est-ce que l'événement marquant a eu lieu?

Date

Mois : _____ Année : _____

Période de la journée

() Jour (6h00 a.m. – 5h00 p.m.)

() Soir (6h00 p.m. – 11h00 p.m.)

() Nuit (12h00 a.m. – 5h00 a.m.)

2. Selon vous, combien de temps a duré l'événement marquant? _____

(fiez-vous à la durée de la menace à la vie (cxA1) ou durée des émotions (cxA2))

Le rapport de police indique que l'événement marquant a duré _____

3. Dans quel secteur s'est passé l'événement ?

(PDQ actuel ou district) _____

4. Indiquez l'énoncé qui s'applique :

() J'ai été **impliqué directement** dans l'événement marquant

() J'ai été **témoïn direct** de l'événement marquant (par ex. j'étais sur les lieux, j'ai vu ce qui s'est passé mais je n'ai pas pris part à l'événement)

() J'ai été **témoïn indirect** de l'événement marquant (par ex. quelqu'un m'a parlé de ce qui s'est passé)

5. Est-ce qu'il y avait d'autres intervenants présents pendant l'événement marquant (par ex. collègues de travail, supérieurs, ambulanciers, pompiers, etc.)?

Oui

Si oui, *combien* de personnes? _____

Si oui, *qui* était ces personnes? _____

Non

6. Avez-vous perçu *subi* ou été *témoin* de **menaces** pendant l'événement?

Oui, par un individu

Oui, par plusieurs individus

Oui, menace de l'environnement (désastre, sinistre)

Spécifiez : _____

6.1. Indiquez le(s) type(s) de menace :

menace de mort

menace de blessure

menacé avec une arme

6.1.1 Indiquez le(s) type(s) d'arme(s) que l'individu a utilisé

arme à feu

arme blanche (couteau, machette, hache, etc.)

autre type d'arme (spécifiez) : _____

je n'ai pas vu l'arme

autre menace (spécifiez) : _____

Non

7. Avez-vous *subi* ou été *témoin* d'**agression verbale** (crier des injures, insultes) pendant l'événement ?

Évaluateur : Dans le doute, demander des exemples, p.ex. : demander au policier de décrire ce qui a été dit

Oui, par un individu

Oui, par plusieurs individus

Spécifiez l'agression verbale : _____

Non

8. Avez-vous *subi* ou été *témoin* d'**agression physique** pendant l'événement?

Oui, par un individu

Oui, par plusieurs individus

8.1. Indiquez le(s) type(s) d'agression physique :

tiré des coups de fusil

frappé avec les mains (p. ex. donner un coup de poing) ou les pieds

frappé avec une arme

frappé avec un objet (spécifiez l'objet) : _____

poussé

autre (spécifiez) : _____

Non

11. Au cours de l'événement marquant, avez-vous été **en contact avec** (vous pouvez indiquer plus d'une réponse):

- des victimes
- des personnes blessées
- des corps démembrés, mutilés, brûlés, en décomposition, etc.
- Autre (spécifiez) : _____
- Aucun de ces énoncés ne s'applique (spécifiez) : _____

12. En ce qui a trait au **déroulement de l'événement**, j'aimerais que vous m'indiquiez quel (s) énoncé (s) parmi les suivants s'appliquent (vous pouvez indiquer plus d'une réponse):

- L'événement s'est passé de façon inattendu ou imprévisible
- L'événement s'est passé de façon prévisible
- L'événement semblait incontrôlable, je sentais que je n'avais aucun contrôle sur l'événement et/ou son déroulement
- L'événement a duré beaucoup plus longtemps que prévu, la durée de l'événement a été prolongée
- Il s'agit d'un événement répétitif, le même événement s'est déjà produit auparavant (spécifiez) : _____
- Autre chose en lien avec le déroulement de l'événement (spécifiez) : _____
- Aucun énoncé ne s'applique (spécifiez) : _____

13. Avez-vous dégainé votre **arme à feu** pendant l'événement marquant?

- Oui
 - Si oui, avez-vous tiré des coups de feu avec votre arme?
 - Oui
 - Non
- Non

14. Avez-vous eu recours à toute **autre arme** (e.g. bâton télescopique, capiscum i.e. poivre de cayenne) pendant l'événement marquant?

- Oui
 - Si oui, indiquez quelle arme _____
 - Si oui, indiquez comment vous vous en êtes servi _____
- Non

15. Lors de l'événement, est-ce que quelqu'un a été **blessé ou est décédé** suite à une de vos interventions ?

- Oui, blessé
- Oui, décédé
- Non

16. D'après l'échelle suivante, indiquez à quel point votre **vie était menacée** ou **mis en danger** pendant ou immédiatement après l'événement marquant?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

17. D'après l'échelle suivante, indiquez à quel point vous avez eu **peur d'être tué** ou à quel point vous avez **pensé que vous allez mourir** pendant ou immédiatement après l'événement marquant?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

18. D'après l'échelle suivante, indiquez à quel point votre **intégrité physique était menacée** ou **mis en danger** pendant ou immédiatement après l'événement marquant?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

19. D'après l'échelle suivante, indiquez à quel point vous avez eu **peur d'être sérieusement blessé** ou à quel point vous avez **pensé que vous alliez être blessé** pendant ou immédiatement après l'événement marquant?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

20. Selon vous, à quel point est-ce que l'événement marquant que vous avez vécu était **sévère**, comparativement à d'autres situations que vous avez pu vivre auparavant au travail ou à l'extérieur du travail? Coter la sévérité de l'événement :

1	2	3	4	5
pas du tout sévère	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement sévère

21. Sentiez-vous que vous étiez **bien formés** pour affronter un tel événement?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

22. J'aimerais savoir comment vous avez réagit pendant ou immédiatement après l'événement marquant :

Je vais vous lire d'autres réactions et indiquez moi si certains énoncés s'appliquent :
Pendant l'événement ou immédiatement après :

- J'étais en état de choc
- Pendant un moment, je ne ressentais plus aucune émotion
- J'étais figé
- J'étais épuisé
- J'ai gardé mon sang froid
- J'ai jamais lâché
- Je me sentais appuyé par mon partenaire et mes collègues
- Je savais que j'allais avoir le dessus sur le suspect
- J'ai pensé à ma famille (mes enfants et mon/ma conjoint/e)
- Autre (spécifiez) : _____

Jusqu'à maintenant, on a évalué comment s'est passé l'événement que vous avez vécu. On va maintenant parler de ce qui se passe actuellement.

23. **Présentement**, qu'est-ce que vous ressentez vis-à-vis l'événement que vous avez vécu?

24. J'aimerais que vous m'indiquez quel (s) énoncé (s) parmi les suivants s'appliquent pour vous **présentement** (vous pouvez indiquer plus d'une réponse):

- Je me sens bouleversé, affecté par l'événement
- Je me sens responsable de l'événement
- Je me sens coupable de ce qui est arrivé
- Je me sens plus méfiant qu'auparavant
- Je me sens plus vulnérable qu'auparavant
- Je sens que j'ai moins de contrôle qu'auparavant
- Autre (spécifiez) : _____
- Aucun (spécifiez) : _____

25. Je vais vous lire une série d'énoncés, dites-moi lequel s'applique pour vous
présentement :

- () L'événement me tracasse énormément et cause plusieurs difficultés dans ma vie
- () L'événement me tracasse modérément et cause certaines difficultés dans ma vie
- () L'événement me tracasse légèrement et causent un peu de difficultés dans ma vie
- () Certains aspects de l'événement me dérangent, mais ne causent pas de difficultés dans ma vie / Je n'accepte pas l'événement
- () J'ai accepté l'événement et je l'ai résolu/assimilé en partie
- () J'ai accepté l'événement et je l'ai résolu/assimilé complètement

Donnez un estimé du temps que cela a pris pour résoudre l'événement marquant et pour revenir à un niveau normal de fonctionnement au travail, dans votre vie familiale et sociale : _____

26. J'aimerais savoir s'il y a des choses qui ont changé pour vous depuis l'événement marquant que ce soit au niveau de votre façon de voir les choses, votre philosophie de vie, vos priorités, vos valeurs, etc.

ESA et TSPT

Maintenant, je vais vous poser des questions pour connaître comment vous avez réagi à l'événement marquant

MODULE ESA							
Pendant ou immédiatement après l'événement...		Soit pendant, soit après l'incident la personne éprouve au moins 3 sx dissociatifs					
Avez-vous ressenti un état de léthargie ou de détachement ou avez-vous eu l'impression que vous n'aviez plus aucune émotion?	1) Une impression subjective de léthargie, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle	?	1	2	3		
Avez-vous l'impression que vous aviez moins conscience de ce qui se passait autour de vous, comme si vous étiez dans un état de stupeur?	2) Une diminution de la conscience des événements extérieurs	?	1	2	3		
Les choses autour de vous vous ont-elles semblé irréelles?	3) Déréalisation	?	1	2	3		
Vous êtes-vous senti détaché de ce qui vous entourait ou d'une partie de votre corps?	4) Dépersonnalisation	?	1	2	3		
Vous êtes-vous rendu compte que vous ne pouviez vous rappeler certains détails importants de ce qui s'était passé au cours de l'incident?	5) Amnésie de dissociation (incapacité de se rappeler certains aspects importants de l'incident)	?	1	2	3		
		ESA :					
		AU MOINS 3 SX SONT COTÉS «3»:		___/5		1 2 3	
		SX COTÉ « 2 »:		___/5			
MODULE ESA ET TSPT							
ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement		B. L'incident est constamment revécu d'une ou plusieurs façons.					
TSPT passé: À partir de 1 mois après l'événement							
TSPT présent: Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec évén. marquant ou un autre évén.)							
		<i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.</i>					
		<i>Intensité minimum : modérée.</i>					
Avez-vous pensé malgré vous à l'incident ou le souvenir de l'incident vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité?	1) Souvenirs répétitifs et envahissants, images ou pensées provoquant détresse	ESA	?	1	2	3	
		TSPT passé	?	1	2	3	
		TSPT présent	?	1	2	3	
Y avez-vous rêvé?	2) Rêves répétitifs provoquant détresse	ESA	?	1	2	3	
		TSPT passé	?	1	2	3	
		TSPT présent	?	1	2	3	
Vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre l'incident?	3) Illusions, flash-back récurrents comme si l'événement allait se reproduire, sentiment de revivre l'événement	ESA	?	1	2	3	
		TSPT passé	?	1	2	3	
		TSPT présent	?	1	2	3	
Vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'incident?	4) Sentiment de détresse lorsqu'exposé à des signaux évoquant des aspects de l'événement ou symbolisant celui-ci	ESA	?	1	2	3	
		TSPT passé	?	1	2	3	
		TSPT présent	?	1	2	3	

<p>Vous est-il arrivé d'éprouver des sx physiques - vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre coeur battre très fort?</p>	5) Réactions physiologiques aux signaux	ESA	?	1	2	3	
	internes ou externes évoquant l'événement	TSPT passé	?	1	2	3	
		TSPT présent	?	1	2	3	
	ESA :						
	AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3".	___/5	?	1		3	
<p>MODULE ESA ET TSPT</p> <p>ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec évén. marquant ou un autre évén.)</p> <p>Évitement persistant des stimuli associés à l'incident <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>	TSPT PASSÉ :	SX COTÉ « 2 ».	___/5				
	AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3".	___/5	?	1		3	
	TSPT PRÉSENT :	SX COTÉ « 2 ».	___/5				
	AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3".	___/5	?	1		3	
		SX COTÉ « 2 ».	___/5				
<p>Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?</p>	1) efforts pour éviter pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme	ESA	?	1	2	3	
		TSPT passé :	?	1	2	3	
		TSPT présent :	?	1	2	3	
	<p>Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet incident?</p>	2) efforts pour éviter activités, lieux ou personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme	ESA :	?	1	2	3
			TSPT passé :	?	1	2	3
		TSPT présent :	?	1	2	3	
ESA : AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3".		___/2	1			3	
		SX COTÉ « 2 ».	___/2				
<p>MODULE TSPT</p> <p>TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec évén. marquant ou un autre évén.)</p> <p>Émoussement de la réactivité générale</p>	3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme	TSPT passé :	?	1	2	3	
		TSPT présent :	?	1	2	3	
	<p>Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails important de ce qui était arrivé? <i>Fréquence min. : Quelques aspects oubliés (20-30%).</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>	4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités	TSPT passé :	?	1	2	3
			TSPT présent :	?	1	2	3
		<p>Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à coeur auparavant, comme rencontrer vos amis, lire, regarder la télévision? <i>Fréquence min. : Quelques activités (20-30%).</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>	5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres	TSPT passé :	?	1	2
			TSPT présent :	?	1	2	3
<p>Vous êtes-vous senti détaché ou dépourvu de liens avec les autres? <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>							

Vous êtes-vous senti comme engourdi, comme si vous n'éprouviez plus grand-chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit? <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i>	6) restriction des affects (incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection)	TSPT passé: ? 1 2 3 TSPT présent: ? 1 2 3
Aviez-vous l'impression que vous ne voyiez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé? (de manière négative) <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i>	7) sentiments que l'avenir est "bouché" (penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps)	TSPT passé: ? 1 2 3 TSPT présent: ? 1 2 3
MODULE ESA ET TSPT		
<p>ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec évén. marquant ou un autre évén.)</p>		
<p>TSPT PASSÉ: AU MOINS 3 DES 7 SX SONT COTÉS "3". ___/7 1 2 3 SX COTÉ « 2 ». ___/7</p> <p>TSPT PRÉSENT: AU MOINS 3 DES 7 SX SONT COTÉS "3". ___/7 1 2 3 SX COTÉ « 2 ». ___/7</p>		
<p>D. Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine. Intensité minimum : modérée.</i></p>		
Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? (quel genre de difficultés?)	1) difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu	ESA : ? 1 2 3 TSPT passé : ? 1 2 3 TSPT présent : ? 1 2 3
Vous-êtes vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?	2) irritabilité ou accès de colère	ESA : ? 1 2 3 TSPT passé : ? 1 2 3 TSPT présent : ? 1 2 3
Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?	3) difficultés de concentration	ESA : ? 1 2 3 TSPT passé : ? 1 2 3 TSPT présent : ? 1 2 3
Aviez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?	4) hypervigilance	ESA : ? 1 2 3 TSPT passé : ? 1 2 3 TSPT présent : ? 1 2 3
Avez-vous plus tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?	5) réaction de sursaut exagérée	ESA : ? 1 2 3 TSPT passé : ? 1 2 3 TSPT présent : ? 1 2 3

<p>Vous sentiez-vous souvent agité, aviez-vous de la difficulté à rester en place?</p>	<p>6) agitation motrice</p>	<p>ESA :</p>	<p>? 1 2 3</p>
		<p>ESA :</p>	
	<p>AU MOINS 2 SX SONT COTÉS "3". ___/6</p>		<p>? 1 2 3</p>
	<p>TSPT PASSÉ: SX COTÉ « 2 ». ___/6</p>		
	<p>AU MOINS 2 SX SONT COTÉS "3". ___/5</p>		<p>? 1 2 3</p>
	<p>TSPT PRÉSENT: SX COTÉ « 2 ». ___/5</p>		
	<p>AU MOINS 2 SX SONT COTÉS "3". ___/5</p>		<p>? 1 2 3</p>
	<p>SX COTÉ « 2 ». ___/5</p>		
<p>Suite à l'événement, votre qualité de vie a-t-elle changé?</p>	<p>F. Fonctionnement diminué</p>	<p>ESA :</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Est-ce que durant la période qui a suivi l'événement, votre fonctionnement était diminué dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?</p>		<p>TSPT passé :</p>	<p>? 1 2 3</p>
		<p>TSPT présent :</p>	<p>? 1 2 3</p>
	<p>G. Durée des symptômes</p>		
<p>Combien de temps ont duré les difficultés dont on vient de parler? _____</p>	<p>Débuté suite à l'incident et dure plus que 2 jours et moins que 4 semaines</p>	<p>ESA :</p>	<p>? 1 2 3</p>
	<p>Symptômes dure pendant plus d'1 mois TSPT passé :</p>		<p>? 1 2 3</p>
<p><i>Indiquez si chronique (>3 mois) aigu (1-3 mois) survenue différée (sx après 6 mois)</i></p>	<p>Symptômes dure pendant plus d'1 mois TSPT présent :</p>		<p>? 1 2 3</p>
<p>Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et elle n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II</p>	<p>H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou à une maladie.</p>	<p>ESA</p>	<p>? 1 2 3</p>
		<p>TSPT passé</p>	<p>? 1 2 3</p>
		<p>TSPT présent</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p><i>Si TSPT: Indiquez si dx Partiel (1 sx de B + 1 sx de C + 1 sx de D ou 1 sx de B + 2 sx de D)</i></p>	<p>LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES</p>	<p>ESA</p>	<p>? 1 2 3</p>
	<p>SONT COTÉS "3"</p>	<p>TSPT passé</p>	<p>? 1 2 3</p>
		<p>TSPT présent</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Indiquer la sévérité du TSPT: 1. Léger: peu de symptômes à part ceux requis 2. Moyen: sx ou incapacité fonctionnelle de degré léger à sévère. 3. Sévère: plusieurs sx graves invalidants dans domaines importants de la vie</p>	<p>SÉVÉRITÉ</p>	<p>TSPT passé</p>	<p>1 2 3</p>
		<p>TSPT présent</p>	<p>1 2 3</p>

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ... (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours du dernier mois.

? 1 3

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. **Léger** : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. **Moyen** : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère** : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE: :

4. **En rémission partielle** : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. **En rémission totale** : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. **Antécédents d'état de stress post-traumatique** : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique: _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à avoir ...? (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
A LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Mis à part l'événement marquant dont on vient de parler, y a-t-il d'autres événements survenus **au travail** qui auraient suscité chez vous des réactions de stress : soit des rêves, des souvenirs répétitifs, des flash-backs ou d'autres réactions telles que nous venons de décrire auparavant.

Si oui, indiquez le type d'événements et l'année:

Attention

Si la personne répond qu'elle a vécu au travail un autre événement qui aurait suscité davantage de symptômes de TSPT que l'événement que vous avez décrit auparavant, il faudrait revenir en arrière et faire l'entrevue en fonction de ce nouvel événement marquant.



MÉCANISMES D'ADAPTATION

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

-Y a-t-il des **stratégies** qui vous permettaient de gérer ou réduire votre stress ou votre anxiété suite à l'événement (ex. en parler à d'autres, humour, etc.)?

-Est-ce que certains **services** que vous avez reçus vous ont aidé (ex. debriefing) ?

- Y a-t-il des **attitudes** ou des **comportements** qui vous aidaient à vous sentir mieux ?

2. Si un confrère avait à vivre la même chose que vous, quelles sont les choses que vous lui conseilleriez de **faire** ?

3. Si un confrère avait à vivre la même chose que vous, quelles sont les choses que vous lui conseilleriez de **ne pas faire** ?

4. Si vous deviez revivre un nouvel événement marquant, **1) quels services aimeriez-vous recevoir** (vous pouvez indiquer plus d'une réponse) ?

2) Et parmi ces services, lesquels vous ont aidé suite à votre événement marquant ?

- | | | |
|-----|-----|---|
| 1 | 2 | |
| () | () | recevoir du soutien de leurs collègues |
| () | () | se faire conseiller par un confrère qui a vécu la même chose |
| () | () | réaménagement des tâches de travail, de quelle façon : _____ |
| () | () | congé de maladie, combien de temps : _____ |
| () | () | recevoir du soutien social de leur superviseur, ou du commandant |
| () | () | soutien familial |
| () | () | consultation psychologique en individuel |
| () | () | services psychologiques pour la famille |
| () | () | intégration du conjoint dans la thérapie afin qu'il comprenne les réactions possibles du policier |
| () | () | débriefing psychologique de groupe |
| () | () | débriefing psychologique individuel |

autres services : _____

5. Selon vous, **qu'est-ce qui aide** les policiers en général à bien récupérer après un événement marquant ?

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

RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

Dans l'année qui a précédé l'événement marquant que vous avez vécu :

1. Avez-vous consulté un généraliste (e.g. omnipraticien) ?
 Oui
 Si oui, nombre de visites : _____
 motifs de consultation : _____
 Non
2. Avez-vous consulté un spécialiste (e.g. médecin d'urgence, cardiologue, neurologue, gastro-entérologue, psychiatre) ?
 Oui
 Si oui, préciser le(s) spécialiste(s) : _____
 nombre de visites : _____
 motifs de consultation : _____
 Non
3. Avez-vous consulté un autre professionnel (e.g. psychologue, psychothérapeute, travailleur social) ?
 Oui
 Si oui, préciser le(s) professionnel(s) : _____
 nombre de visites : _____
 motifs de consultation : _____
 Non
4. Avez-vous consulté un spécialiste en médecine alternative (e.g. acupuncteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, ostéopathe, massothérapeute) ?
 Oui
 Si oui, préciser le(s) professionnel(s) : _____
 nombre de visites : _____
 motifs de consultation : _____
 Non
5. Avez-vous consulté des ressources communautaires (e.g. groupe de soutien, 280-BLEU) ?
 Oui
 Si oui, préciser le(s) groupe(s) : _____
 nombre de fois : _____
 raison : _____
 Non
6. Dans l'année précédent l'événement, avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin (somnifères, tranquillisants, anti-dépresseurs, anxiolytiques, etc.) ?
 Oui, pouvez-vous spécifier la sorte : _____
 depuis quand : _____ posologie : _____
 Pouvez-vous nous préciser pour quelle(s) difficulté(s) : _____
 Non

7. Avez-vous été hospitalisé?

- () Oui, spécifiez la durée (jours): _____
spécifiez la raison : _____
() Non

8. Est-ce qu'un ou des membres de votre famille a déjà eu des difficultés psychologiques au cours de sa vie ?

- () Oui, un membre de ma famille
() Oui, plusieurs membres de ma famille
Pouvez-vous préciser le lien de famille et les difficultés de cette personne :

() Non

RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

Dans l'année qui a suivi l'événement marquant :

1. Avez-vous consulté un généraliste (e.g. omnipraticien)?
 Oui
 Si oui, nombre de visites : _____
 motifs de consultation : _____
 Non

2. Avez-vous consulté un spécialiste (e.g. médecin d'urgence, cardiologue, neurologue, gastro-entérologue, psychiatre)?
 Oui
 Si oui, préciser le(s) spécialiste(s) : _____
 nombre de visites : _____
 motifs de consultation : _____
 Non

3. Avez-vous consulté un autre professionnel (e.g. psychologue, psychothérapeute, travailleur social)?
 Oui
 Si oui, préciser le(s) professionnel(s) : _____
 nombre de visites : _____
 motifs de consultation : _____
 Non

4. Avez-vous consulté spécialiste en médecine alternative (e.g. acupuncteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, ostéopathe, massothérapeute)?
 Oui
 Si oui, préciser le(s) professionnel(s) : _____
 nombre de visites : _____
 motifs de consultation : _____
 Non

5. Avez-vous consulté des ressources communautaires (e.g. groupe de soutien, 280-BLEU)?
 Oui
 Si oui, préciser le(s) groupe(s) : _____
 nombre de fois : _____
 raison : _____
 Non

6. Avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin (somnifères, tranquillisants, anti-dépresseurs, anxiolytiques, etc.)?

() Oui, pouvez-vous spécifier la sorte : _____
depuis quand : _____ posologie : _____
Pouvez-vous nous préciser pour quelle(s) difficulté(s) : _____

() Non

7. Avez-vous été **hospitalisé** ?

() Oui, spécifiez la durée : _____
spécifiez la raison : _____

() Non

LISTE DE POINTAGE DES ÉVÉNEMENTS MARQUANTS

Je vais vous nommer des événements difficiles ou stressants que vivent parfois des personnes. Pour chaque événement vous aller m'indiquer si vous avez vécu (en dehors de votre travail policier) ou été témoin d'un tel événement, ou si au contraire vous n'avez jamais vécu ou été témoin d'un tel événement.

Vous devez tenir compte de votre vie entière (tant de votre enfance que de votre vie adulte)

Évaluateur : Si plusieurs fois victime ou témoin d'un type d'événement, écrire dans la case le nombre de fois et si chaque événement est arrivé avant ou après le trauma.

Demandez si l'événement a été stressant ou difficile pour la personne. Si non, alors on ne l'indique pas.

Événements	Victime	Témoin	N/A
1. Désastre naturel (par exemple: inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.). Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
2. Incendie ou explosion. Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
3. Accident de transport (par exemple: accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion). Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
4. Accident grave à la maison, lors d'activités de loisirs ou ailleurs. Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
5. Exposition à une substance toxique (par exemple: produits chimiques dangereux, radiations, etc.). Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
6. Agression physique (par exemple: avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pied, etc.). Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
7. Agression à main armée (par exemple: avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu, une bombe ou une autre arme). Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			

Événements	Victime	Témoin	N/A
8. Participation à un combat ou présence dans une zone de guerre (comme militaire ou comme civil). Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
9. Captivité (par exemple: avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.). Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
10. Maladie ou blessure mettant la vie en danger de soi ou de quelqu'un d'autre. Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			

11. Souffrances humaines intenses.			
Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
12. Mort violente et soudaine (par exemple: homicide, suicide, etc.).			
Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
13. Mort subite et inattendue d'un proche.			
Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
14. Causer des blessures graves, des dommages ou engendrer la mort d'une personne.			
Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
15. Tout autre expérience non mentionnée auparavant (p.ex. agression sexuelle ou un autre événement très stressant).			
Année(s) : _____ Avant trauma /Après trauma			
Préciser de quoi il s'agit:			

Nombre d'**incidents critiques** vécus :

Avant l'événement marquant au travail : _____

Après l'événement marquant au travail : _____

Parmi les événements qui sont survenus en dehors du travail (renommer les événements ci-haut), y en a-t-il qui ont suscité des réactions telles un sentiment de peur intense, d'impuissance, de l'horreur, de la colère, culpabilité ou honte?

Si oui, indiquer le nombre d'**événements traumatiques** vécus :

Avant l'événement marquant au travail : _____

Après l'événement marquant au travail : _____

Instruction : Afin d'évaluer si une mort peut être considérée traumatique :

- 1) *considérer la nature de la mort (suicide, accident...);*
- 2) *si la personne a vécu de l'impuissance sans horreur ni peur, vérifier si l'impuissance était l'émotion primaire (émotion primaire : impuissance, émotion secondaire : tristesse);*
- 3) *vérifier si la réaction d'impuissance était plus intense que celle des proches.*

Parmi ces événements que vous venez de nommer (ceux en dehors du travail) et ceux que vous avez vécu pendant votre travail, y en a-t-il un qui vous a marqué ou qui aurait suscité chez vous des réactions de stress : soit des rêves, des souvenirs répétitifs, des flash-backs ou d'autres réactions telles que nous venons de décrire auparavant.

Si oui, passer le SCID TSPT à vie

TSPT À VIE

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS PRÉCÉDEMMENT.

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN TRAUMATISME : Lequel de ces événements vous a le plus affecté(e) ?

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous éprouvé quand ...? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

(Avez-vous eu très peur ou encore, avez-vous ressenti de l'horreur ou de l'impuissance ?)

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions concernant les effets précis que ce ou ces événements ont pu avoir sur vous.

Par exemple, avez-vous pensé malgré vous à ... ? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

Le souvenir de cet événement vous est-il revenu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité ?

Y avez-vous rêvé ?
(avez-vous fait d'autres rêves bouleversants?)

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

A. Le sujet a été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée. | ? | 1 | 2 | 3 |
| (2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une très grande peur ou un vif sentiment d'horreur ou d'impuissance. | ? | 1 | 2 | 3 |

B. L'événement traumatisant est constamment revécu comme en témoigne la présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris des visions, des pensées ou des sensations, provoquant un sentiment de détresse chez le sujet; | ? | 1 | 2 | 3 |
| (2) rêves répétitifs concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse; | ? | 1 | 2 | 3 |
| (3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p.ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication); | ? | 1 | 2 | 3 |
| (4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci; | ? | 1 | 2 | 3 |

Vous est-il arrivé(e) d'éprouver des symptômes physiques lors d'une exposition à des signes qui évoquent ou rappellent l'événement? Par exemple :

- vous mettre à transpirer abondamment ?
- respirer de façon laborieuse ou irrégulière?
- sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci ? 1 2 3

AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 ». ? 1 3
/ 5
SX COTÉ « 2 ». ___ / 5

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

Depuis ... (ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT)

Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ?

(Pouvez-vous en parler? Si on vous en parle essayez-vous de changer de sujet? Comment faites-vous pour cesser ou éviter d'y penser?)

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme; ? 1 2 3

Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement?

(2) efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme; ? 1 2 3

Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme; ? 1 2 3

Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision? (ou avez-vous réduit votre participation à ses activités)

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités; ? 1 2 3

Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ?

(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres; ? 1 2 3

Vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ? (vous sentiez-vous incapable d'éprouver des sentiments tendres?)

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection); ? 1 2 3

Avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé (de façon négative)? (avez-vous le sentiment que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement?)

(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps. ? 1 2 3

AU MOINS 3 SX SONT COTÉS ? 1 2 3
« 3 », ___ / 7
SX COTÉ « 2 », ___ / 7

Depuis... (ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu; ? 1 2 3

Vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère; ? 1 2 3

Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?

(3) difficultés de concentration; ? 1 2 3

Avez-vous eu tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance; ? 1 2 3

Avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, suite à un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée. ? 1 2 3

AU MOINS 2 SX SONT COTÉS ? 1 2 3
« 3 », ___ / 5
SX COTÉ « 2 », ___ / 5

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé les difficultés dont nous venons de parler?

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois ? 1 2 3

(NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET)

Pensez-vous que ... (l'événement traumatisant) a changé votre qualité de vie?

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap important sur le plan social, professionnel ou autre. ? 1 2 3

Pensez-vous que vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? (p.ex. relations amoureuses, amis, travail, loisirs, sorties, activités quotidiennes)

Indiquez si chronique (>3mois) ou aigu (1-3mois) Les critères A, B, C, D, E, F du TSPT sont cotés 3. ? 1 2 3

aigu (1-3mois)

- survenue différée (sx apparaissent après 6 mois)

TSPT : Indiquez si Dx Partiel
(1sx de B + 1sx de C + 1sx de D ou 1sx de B + 2sx de D)

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ... (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours du dernier mois. ? 1 3

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger: Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen: Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère: Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

4. En rémission partielle: Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale: Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. Antécédents d'état de stress post-traumatique: Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique: _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à avoir ...? (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
A LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

SCID

Troubles de l'humeur passé : ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL (module A)

A1 (A)___ A2 (A)___ Si A1 et A2 < 3 : aller à épisode dépressif majeur passé
 A3 (A)___ (A4 ; A5 A 6 (A)___ (A7 ; A8 A9 (A)___ (A10 ; A11
 A12 (A)___ A13(A)___ (A14 ; A15 A16 (A)___ (A17 ; A18
 A19(A)___ (A20 ; A21 ; A22 ; A23 Au moins 5 symptômes sont cotés
 « 3 » : ___ / 9 Sx cotés « 2 » : ___ / 9 A24(Dx)___ 1 = aucun sx coté « 3 »; 2 =
 sx cotés « 3 » mais insuffisants pour poser dx; 3= au moins 5 symptômes sont coté « 3 ».
 (Si 1, aller à épisode dépressif passé)
 A25 (B)___ A26(C)___ A27(D)___ A28 (Dx)___ 1 = absent; 2 = sous-clinique; 3=
 clinique, c'est-à-dire que les items A-B-C-D sont cotés « 3 ».
 A30 ___ 3 = Présent A31 Sévérité (1 ; 2 ; 3 A32 (Dx Rémission 4 ; 5 ; 6

Période de temps (AVANT ou APRÈS événement marquant au travail) : _____

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Troubles de l'humeur passé : ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ (module A)

A52 (A)___ A53(A)___ Si A1 et A2 < 3 : Passer au module suivant
 A54 (A)___ (A55 ; A56 A57 (A)___ (A58 ; A59
 A60(A)___ (A61 ; A62 A63(A)___ A64(A)___ (A65 ; A66
 A67(A)___ (A68 ; A69 A70(A)___ (A71 ; A72 ; A73 ; A74
 Au moins 5 symptômes sont cotés « 3 » : ___ / 9 Sx cotés « 2 » : ___ / 9
 A75(Dx)___ 1 = aucun sx coté « 3 »; 2 = sx cotés « 3 » mais insuffisants pour poser dx;
 3= au moins 5 symptômes sont coté « 3 ».(Si 1, aller au module suivant)
 A76(B)___ A77(C)___ A78(D)___ A79 (Dx)___ 1 = absent; 2 = sous-clinique; 3=
 clinique, c'est-à-dire que les items A-B-C-D sont cotés « 3 ». A81 _____
 A82 ___ 3 = Passé A83 Sévérité (1 ; 2 ; 3

Période de temps (AVANT ou APRÈS événement marquant au travail) : _____

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Troubles liés à la prise d'un psychotrope : ALCOOL (module E)

E1 ___ Si pas de problème avec l'alcool, allez à non-alcool E2(A)___
 E3(A)___ E4(A)___ E5(A)___ E6(Dx)___ 1 item "A" = 3, sinon allez à non-
 alcool

Dx Passé ou Présent **Période AVANT ou APRÈS événement marquant au travail**
Dépendance à l'alcool **En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON**

E7(A)___ E8(A)___ E9(A)___ E10(A)___ E11(A)___
 E12(A)___ (a ; b) E13(A)___ E14(A)___
 E15(Dx)___ 3 items "A" = 3, sinon allez à non-alcool E16(Dx)___ (1 ; 2)
 E17(Abus)___ E19(Abus passé (1); Abus présent (3))___
 E22(Dx-Gravité 1 ; 2 ; 3) E24(Dx-Rémission 1 ; 2 ; 3 ; 4)

Dx Passé ou Présent **Période AVANT ou APRÈS événement marquant au travail**
En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Troubles liés à la prise d'un psychotrope : NON-ALCOOL (module E)

E26 ___ Si 1, allez au module suivant

Montrez la liste et cochez les items E27 à E34

E27(Sédatif)___ E28(Cannabis)___ E29(Stimulants)___ E30(Opiacés)___
 E31(Cocaïne)___ E32(Hallucin.)___ E33(Autres)___
 E34(Dx)___ 1 item = 2 ou 3. Si 1, allez au module suivant
 E35(Dx-politoxico)___

(3) E36___ E37___ E38___ E39___ E40___ E41___ E42___ E43___
 (4) E44___ E45___ E46___ E47___ E48___ E49___ E50___ E51___
 (5) E52___ E53___ E54___ E55___ E56___ E57___ E58___ E59___
 (6) E60___ E61___ E62___ E63___ E64___ E65___ E66___ E67___
 (7) E68___ E69___ E70___ E71___ E72___ E73___ E74___ E75___

Tolérance

(1) E76___ E77___ E78___ E79___ E80___ E81___ E82___ E83___

Sevrage

(2) E84___ E85___ E86___ E87___ E88___ E89___ E90___ E91___

Dépendance

E92__ E93__ E94__ E95__ E96__ E97__ E98__ E99__

Type de dépendance

E100__ E101__ E102__ E103__ E104__ E105__ E106__ E107__

Type de rémission de dépendance

E108__ E109__ E110__ E111__ E112__ E113__ E114__ E115__

Dx Passé ou Présent **Période** AVANT ou APRÈS événement marquant au travail

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Chronologie de la dépendance

E116__ E117__ E118__ E119__ E120__ E121__ E122__ E123__

E124__ E125__ E126__ E127__ E128__ E129__ E130__ E131__

E132__ E133__ E134__ E135__ E136__ E137__ E138__ E139__

Dépendance-types de rémission

E140__ E141__ E142__ E143__ E144__ E145__ E146__ E147__

Abus de psychotropes (passé ou présent)

E148__ E149__ E150__ E151__ E152__ E153__ E154__ E155__

E156__ E157__ E158__ E159__ E160__ E161__ E162__ E163__

E164__ E165__ E166__ E167__ E168__ E169__ E170__ E171__

E172__ E173__ E174__ E175__ E176__ E177__ E178__ E179__

E180__ E181__ E182__ E183__ E184__ E185__ E186__ E187__

E188__ E189__ E190__ E191__ E192__ E193__ E194__ E195__

Dx Passé ou Présent **Période** AVANT ou APRÈS événement marquant au travail

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Troubles anxieux: TROUBLE PANIQUE (module F)

F1(A)	___	F2(A)	___	Si F1, F2 = 1 ASATP	F3(B)	___	Si 1, allez à ASATP
F4(B)	___	F5(B)	___		F6(B)	___	
F7(B)	___	F8(B)	___		F9(B)	___	
F10(B)	___	F11(B)	___		F12(B)	___	
F13(B)	___	F14(B)	___		F15(B)	___	
F16(B)	___	F17(Dx)	___	4 items "B" = 3	F18(C)	___	Si 1, allez à ASATP
F19(D)	___	Si 1, allez à ASATP					
F20(B= TP + AGO)	___	F21(B)	___		F22(B)	___	Si F20-F21 ou F22=1, TP
F23(Dx)	___	1=TP; 3=TPA			F24	___	sans agoraphobie
F25 Sévérité (1 ; 2 ; 3 ; 4)		F26 (4 ; 5 ; 6)					

Dx Passé ou Présent _____ Période: Avant ou Après événement marquant au travail

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Troubles anxieux : AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENTS DE TROUBLE PANIQUE (ASATP) (module F)

F29(A)	___	(F30 ; F31 ; F32 ; F33 ; F34 ; F35 ; F36)				
F37(A)	___	Si 1, allez à phobie sociale	F38(A)	___	Idem	
F39(Dx)	___	Les items F29 - F37 - F38 = 3	F40(C)	___	Si 1, allez à PS	
F41(D)	___	Si 1, allez à phobie sociale	F42(Dx)	___	Les items A - C - D = 3	
F43 (Sévérité 1 ; 2 ; 3)			F44 (4 ; 5 ; 6)			

Dx Passé ou Présent _____ Période: Avant ou Après événement marquant au travail

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Troubles anxieux : PHOBIE SOCIALE (module F)

F47(A)	___	(F48 ; F49 ; F50 ; F51 ; F52)	Si 1, allez à phobie spécifique
F53(B)	___	Idem	F54(C) ___ Idem
F56(E)	___	Idem	F55(D) ___ Idem
F59(G)	___	Idem	F57(F) ___ Idem
F61(Dx)	___	Les Items A - B - C - D - E - F - G et H sont cotés "3"	F58(G) ___ Idem
F63 (Sévérité 1 ; 2 ; 3)		F64 (4 ; 5 ; 6)	F62 ___

Dx Passé ou Présent _____ Période: Avant ou Après événement marquant au travail

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

 Troubles anxieux : PHOBIE SPÉCIFIQUE (module F)

F67(A) ___ Si 1, aller TOC F68(B) ___ Idem F69(C) ___
 F70(D) ___ Idem F71(E) ___ Idem F72(F) ___
 F73(G) ___ Idem F74(Dx) ___ Les items A - B - C - D - E - F et G sont cotés "3"
 Spécifiez : F75 ; F76 ; F77 ; F78 ; F79 F80 ___ F81 (Sévérité 1 ; 2 ; 3)
 F82 (4 ; 5 ; 6)

Dx Passé ou Présent Période: Avant ou Après événement marquant au travail

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Troubles anxieux TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC) (module F)

Obsessions

F85(A) ___ Si pas d'obsessions, allez à compulsions F86(A) ___ Idem
 F87(A) ___ Idem F88(A) ___ Idem

Compulsions

F89(A) ___ Si 1, allez à TAG F90(A) ___ Idem

Confirmation du TOC

F92(B) ___ Si 1, allez à TAG F93 (Discernement = oui ou non)
 F94(C) ___ Idem F95(D) ___ Idem F96(E) ___ Idem
 F97(Dx) ___ Les items A,B,C,D et E sont cotés "3" F98 ___
 F99 (Sévérité 1 ; 2 ; 3) F100 (4 ; 5 ; 6)

Dx Passé ou Présent Période: Avant ou Après événement marquant au travail

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

Troubles anxieux : ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TAG) (module F)

F135(A) ___ Si 1, arrêter F136(B) ___ Idem F137(B) ___ Idem F138(C) ___
 F139(C) ___ F140(C) ___ F141(C) ___ F142(C) ___ F143(C) ___
 F144(Dx) ___ 3 items "C" = 3 sinon arrêter F145(D) ___ Si 1, arrêter
 F146(E) ___ Idem F147(F) ___ Idem
 F148(Dx) ___ Les items A - B - C - D - E et F = "3" F149(Sévérité 1 ; 2 ; 3)
 F150 (Rémission 4 ; 5 ; 6)

Dx Passé ou Présent Période: Avant ou Après événement marquant au travail

En lien avec événement marquant survenu en service : OUI / NON

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

NOUS AIMERIONS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

1. Sexe

- masculin
 féminin

2. Quel âge avez-vous?

_____ ans

3. Quel est votre statut civil?

- Célibataire
 Union de fait
 Marié
 Séparé ou divorcé
 Veuf

4. Êtes-vous présentement en couple?

- Oui, depuis combien de temps? _____
 Non

5. Avez-vous des enfants?

- Oui,
Si oui, combien d'enfants avez-vous? _____

- Non

6. Combien d'années d'étude avez-vous complété à partir de la première année du primaire?

_____ années

Code confidentiel : _____

CONSIGNES

Nous apprécierions si vous pouviez compléter les questionnaires suivants et nous les retourner par la poste dans l'enveloppe pré-affranchie.

Veillez lire attentivement les consignes qui sont indiquées au début de chaque questionnaire. Tout événement mentionné dans les questionnaires se réfère à l'événement marquant _____ dont nous avons parlé lors de l'entrevue. Les questionnaires peuvent faire référence à des périodes de temps différentes (ex : « Au cours des 2 dernières semaines », « Au cours des 6 derniers mois »...), il faut donc se fier aux consignes particulières pour chaque questionnaire.

Il est important de répondre à toutes les questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Soyez assuré que vos données resteront strictement **confidentielles**, personne en dehors du personnel de notre équipe de recherche n'aura accès à celles-ci.

Merci de votre collaboration !

Inscrivez ici la date à laquelle vous répondez aux questions :

Jour/Mois/Année : _____

Dans les questionnaires suivants, le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le sexe.

ÉCHELLE DES RÉACTIONS PHYSIQUES INITIALES

Ce questionnaire regroupe des réactions physiques pouvant apparaître durant un événement marquant. Veuillez évaluer, à l'aide de la grille suivante, l'intensité avec laquelle vous avez vécu chacune de ces réactions **au moment et immédiatement après (dans les heures qui ont suivi) l'événement marquant.**

	1 = Pas du tout	2 = Un peu	3 = Modérément	4 = Extrêmement
1. Sensation de souffle coupé ou une sensation d'étouffement.	1	2	3	4
2. Étourdissements, sensations d'instabilité ou impression d'évanouissement.	1	2	3	4
3. Palpitations cardiaques ou accélération du rythme cardiaque.	1	2	3	4
4. Tremblements ou secousses musculaires.	1	2	3	4
5. Transpiration.	1	2	3	4
6. Nausée ou gêne abdominale.	1	2	3	4
7. Sensation d'engourdissement ou de picotement.	1	2	3	4
8. Bouffées de chaleur ou frissons.	1	2	3	4
9. Sensation d'étranglement.	1	2	3	4
10. Douleur ou gêne thoracique.	1	2	3	4

Questionnaire traduit en français par Martin, A., Marchand, A., et Brillon, P. (1999) du Initial Subjective Reaction physical scale of the Potential Stressful Event Interview (Falsetti, Resnick, Kilpatrick et Freddy, 1994; Kitpatrick, Resnick, et Freddy, 1991).

ÉCHELLE DES RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES INITIALES

Veillez évaluer, à l'aide de la grille suivante, l'intensité avec laquelle vous avez vécu chacune de ces émotions **au moment et immédiatement après (dans les heures qui ont suivi) l'événement marquant.**

	1 = Pas du tout	2 = Un peu	3 = Modérément	4 = Extrêmement
1. J'ai eu peur ou je me suis senti(e) effrayé(e).	1	2	3	4
2. Je me suis senti(e) impuissant(e).	1	2	3	4
3. J'ai pensé que je serais sérieusement blessé(e) ou tué(e).	1	2	3	4
4. Je me suis senti(e) confus(e) ou désorienté(e).	1	2	3	4
5. Je me suis senti(e) détaché(e) comme dans un rêve.	1	2	3	4
6. Je me suis senti(e) engourdi(e) émotionnellement ou coupé(e) de mes émotions.	1	2	3	4
7. J'avais l'impression que cela n'arrivait pas vraiment.	1	2	3	4
8. Je me suis senti(e) triste.	1	2	3	4
9. Je me suis senti(e) coupable.	1	2	3	4
10. Je me suis senti(e) embarrassé(e) ou honteux(se).	1	2	3	4
11. J'avais l'impression d'avoir été trahi(e).	1	2	3	4
12. J'ai été surpris(e).	1	2	3	4
13. Je me suis senti(e) en colère.	1	2	3	4
14. Je me suis senti(e) dégoûté(e).	1	2	3	4
15. J'ai eu peur de devenir fou (folle).	1	2	3	4

Questionnaire traduit en français par Martin, A., Marchand, A., et Brillou, P. (1999) du Initial Subjective Reaction emotional scale of the Potential Stressful Event Interview (Falsetti, Resnick, Kilpatrick et Freddy, 1994; Kilpatrick, Resnick, et Freddy, 1991).

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES DISSOCIATIVES PÉRITRAUMATIQUES

S'il vous plaît, veuillez compléter les énoncés suivants en encerclant le choix décrivant le mieux votre expérience et vos réactions **durant et immédiatement après l'événement marquant** que vous avez vécu en tant que policier. Si un énoncé ne s'applique pas à votre expérience, s.v.p. encerclez « pas du tout vrai ».

1. J'ai eu des périodes de perte de contact avec ce qui se passait, je me sentais déconnecté(e) d'une quelconque façon ou je ne ressentais pas que je faisais partie de ce qui se passait.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

2. J'ai trouvé que j'étais sur le pilote automatique, c'est-à-dire, j'ai réalisé après coups, que j'avais fait quelque chose alors que je n'avais pas décidé volontairement de le faire.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

3. Ma perception du temps a changé, les choses semblaient aller plus lentement que d'habitude.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

4. Ce qui s'est passé me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve ou à une pièce de théâtre.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

5. Je me suis senti(e) comme un ou une spectateur (trice), comme si je flottais au-dessus de la scène ou que je l'observais comme quelqu'un de l'extérieur.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

6. Il y a des moments où j'ai senti que mon corps semblait déformé ou changé. Je me suis senti(e) déconnecté(e) de mon corps ou je me suis senti(e) anormalement grand(e) ou petit(e).

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

7. J'ai senti que ce qui est arrivé à quelqu'un d'autre était entrain de se produire pour moi. Par exemple, j'ai eu l'impression d'être blessé(e), alors que cela n'était pas le cas.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

8. J'ai été surpris(e) de découvrir après l'événement que plusieurs choses se sont produites durant l'événement alors que je n'en étais pas conscient(e), tout particulièrement des choses que j'ai ordinairement l'habitude de remarquer.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

9. Je me suis senti(e) confus(e), en d'autres mots, j'ai eu de la difficulté à comprendre ce qui arrivait.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

10. Je me suis senti(e) désorienté(e), c'est-à-dire qu'il y a eu des moments où je me suis senti(e) incertain(e) de l'endroit ou de l'heure qu'il était.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

ISP

Consignes: Tout d'abord, veuillez identifier votre proche qui était le plus significatif dans votre vie au moment de l'événement marquant et inscrire son prénom ainsi que le lien que vous aviez avec lui (conjoint, partenaire de travail, parent, ami, etc.).

Prénom: _____ Lien: _____

Quand cette personne vous aide à gérer vos difficultés liées au stress, il(elle) peut adopter différents types de comportements ou d'attitudes. Les énoncés ci-bas sont des réactions possibles de sa part quand vous vous sentiez stressé(e) après l'événement marquant. À l'aide de l'échelle suivante, veuillez évaluer À QUELLE FRÉQUENCE votre proche le plus significatif a répondu de cette façon AU COURS DU MOIS QUI A SUIVI L'ÉVÉNEMENT MARQUANT que vous avez vécu en tant que policier.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
- 2 = A rarement répondu de cette façon
- 3 = A parfois répondu de cette façon
- 4 = A souvent répondu de cette façon

Veuillez évaluer à quelle fréquence, au cours du mois qui a suivi l'événement marquant (inscrire le prénom du proche) _____

- _____ 1. A semblé impatient(e) avec vous.
- _____ 2. A semblé fâché(e) ou irrité(e) avec vous quand il(elle) a fait des choses pour vous aider.
- _____ 3. A semblé ne pas aimer être en votre présence.
- _____ 4. Vous a fait attendre longtemps pour de l'aide quand vous en aviez besoin.
- _____ 5. A évité d'être en votre présence quand vous ne vous sentiez pas bien.
- _____ 6. A fait voir qu'il(elle) ne voulait réellement pas parler de vos difficultés liées au stress.
- _____ 7. A crié ou hurlé après vous.
- _____ 8. N'a pas semblé respecter vos sentiments.
- _____ 9. S'est plaint de vos difficultés liées au stress ou d'avoir à vous aider avec une tâche que vous trouviez difficile à faire par vous-même.
- _____ 10. A semblé inconfortable de vous parler au sujet de vos difficultés liées au stress.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
2 = A rarement répondu de cette façon
3 = A parfois répondu de cette façon
4 = A souvent répondu de cette façon

- _____ 11. A critiqué la façon dont vous gériez vos difficultés liées au stress.
- _____ 12. A semblé moins acceptant(e) envers vous parce que vous avez des difficultés liées au stress.
- _____ 13. N'a pas été émotivement supportant(e) pour vous alors que vous vous attendiez à recevoir un peu de support.
- _____ 14. A plaisanté et tenté de vous remonter le moral.
- _____ 15. A demandé comment vous vous sentiez.
- _____ 16. Vous a demandé de faire une activité pour vous changer les idées.
- _____ 17. Vous a fait savoir qu'il(elle) serait toujours dans les alentours si vous aviez besoin d'aide.
- _____ 18. A dit que vos émotions étaient normales pour quelqu'un qui avait des difficultés liées au stress.
- _____ 19. Vous a consolé en vous démontrant de l'affection physique.
- _____ 20. Était à vos côtés dans les moments stressants de vos difficultés liées au stress.
- _____ 21. A exprimé de l'intérêt ou du souci au sujet de votre bien-être.
- _____ 22. A initié des discussions au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 23. A suggéré des conduites que vous devriez prendre.
- _____ 24. A fait des tâches ménagères ou des courses que vous trouviez difficiles à faire.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

SOUTIEN SOCIAL ET ORGANISATIONNEL

MAINTENANT, NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE COMMENT VOUS AVEZ ÉTÉ SOUTENU

PENDANT L'ÉVÉNEMENT MARQUANT QUE VOUS AVEZ VÉCU

1. Selon vous, est-ce que votre partenaire ou vos confrères de travail vous ont soutenu adéquatement pendant l'événement marquant?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

2. Selon vous, est-ce que votre supérieur vous a soutenu adéquatement pendant l'événement marquant?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

3. Avez-vous utilisé de l'équipement quelconque pendant votre intervention ?

Si oui, est-ce que l'équipement utilisé était adéquat ?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

SUITE À L'ÉVÉNEMENT MARQUANT QUE VOUS AVEZ VÉCU

1. Après l'événement marquant, avez-vous reçu du soutien ? Si oui, par qui et de quelle façon ces personnes vous ont-elles soutenu (p.ex. : conjoint(e), ami(e), famille, partenaire, confrères de travail, superviseurs, Fraternité, ressources humaines, médecin?)

2. Avez-vous parlé de l'événement à vos confrères de travail?

() Oui
() Non

3. Avez-vous partagé ou exprimé les émotions ou sentiments que vous avez vécus avec vos confrères de travail?

() Oui
() Non

4. Suite à l'événement, qualifiez le soutien que vous avez reçu de la part de vos **confrères de travail** ?

- Je n'ai reçu aucun soutien
 J'ai reçu un peu de soutien
 J'ai reçu un soutien modéré
 J'ai reçu beaucoup de soutien
 J'ai reçu énormément de soutien

4.1.) Si vous avez reçu du soutien :

4.1.1. À quel point, avez-vous été satisfait de la quantité de soutien reçu?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

4.1.2. À quel point, avez-vous été satisfait de la qualité de soutien reçu?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

4.1.3. À quel point, ce soutien a-t-il été bénéfique pour votre bien-être?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

5. Suite à l'événement, qualifiez le soutien que vous avez reçu de la part de **votre superviseur ou commandant** ?

- Je n'ai reçu aucun soutien
 J'ai reçu un peu de soutien
 J'ai reçu un soutien modéré
 J'ai reçu beaucoup de soutien
 J'ai reçu énormément de soutien

5.1.) Si vous avez reçu du soutien :

5.1.1. À quel point, avez-vous été satisfait de la quantité de soutien reçu?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

5.1.2. À quel point, avez-vous été satisfait de la qualité de soutien reçu?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

5.1.3. À quel point, ce soutien a-t-il été bénéfique pour votre bien-être?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

6. Suite à l'événement, avez-vous eu un **congé de travail**?

- () Oui, durée : _____
 Si oui, ce congé vous a-t-il été proposé par un de vos superviseurs?
 () Oui
 () Non
 () Non

7. Suite à l'événement, y a-t-il eu des **arrangements ou des changements** en ce qui consiste vos tâches de travail (e.g. changement de fonction, reprise graduelle du travail, diminution du nombre d'heures de travail)?

- () Oui
 Si oui, en quoi consiste ces arrangements/changements? _____

 () Non

Je voudrais vous rappeler que les informations que vous me donnez sont confidentielles. Sentez-vous à l'aise de répondre ou non aux questions suivantes.

8. Suite à l'événement, avez-vous consulté un ou des **professionnels de la santé** (p.ex. : travailleur social, psychothérapeute, psychologue, psychiatre)?

- () Oui
 8.1. Pouvez-vous préciser quel(s) genre(s) de professionnel(s) vous avez consulté : _____
 8.2. Êtes-vous présentement suivi par ce professionnel de la santé
 () Oui, depuis quand : _____
 () Non, combien de temps a duré la thérapie : _____
 8.3. Combien de consultations avez-vous eu : _____
 8.4. De 0 à 100%, à quel point êtes-vous satisfait de vos consultations: _____
 8.5. Pouvez-vous nous préciser pour quel(s) genre(s) de difficulté(s) vous consultez (p.ex: difficultés reliées à l'événement) : _____

() Non

9. Suite à l'événement, avez-vous participé à un **débriefing** psychologique?

- () Oui, débriefing individuel
 () Oui, débriefing de groupe
 Si oui, après combien de temps ce débriefing a-t-il été donné?
 _____ jours _____ heures
 () Non, spécifiez pourquoi (p.ex.: débriefing non offert) _____

10. Présentement, comment qualifiez-vous vos **relations avec vos confrères de travail**? (*Si vous êtes un policier retraité, de façon générale comment étaient vos relations à l'époque ?*)

- J'ai peu de relations avec mes confrères
- Je possède des relations plutôt bonnes
- Je possède des relations très bonnes
- Je possède d'excellentes relations

11. En général, êtes-vous **satisfait du soutien qui vous est offert** par votre milieu de travail (i.e. SPVM) ? (*Si vous êtes un policier retraité, en général étiez-vous satisfait du soutien offert ?*)

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

EMST

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les 2 dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encerclez la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encerclez la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

Fréquence:

- 0 Pas du tout
 1 Une fois par semaine ou moins/
 un petit peu/
 une fois de temps en temps
 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
 la moitié du temps
 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/
 presque toujours

Sévérité:

- A Pas du tout perturbant
 B Un peu perturbant
 C Modérément perturbant
 D Beaucoup perturbant
 E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout Presque toujours					Pas du tout Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A	B	C	D	E

Fréquence:

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine ou moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/
presque toujours

Sévérité:

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncé	Sévérité				
Pas du tout Presque toujours					Pas du tout... Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	7. Y-a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex.: incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changés en raison de l'événement? (ex.: plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement? (ex.: vérifier qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex.: sueurs, palpitation, etc.)	A	B	C	D	E

BDI-II

Date:

année / mois / jour

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.



THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace & Company, Canada
TORONTO
Londres • San Antonio • Sydney



Copyright © 1997 par Aaron T. Beck
Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'archivage et d'extraction de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

Verso

0-7747-5230-0

<p>10 Pleurs</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je ne pleure pas plus qu'avant. 1 Je pleure plus qu'avant. 2 Je pleure pour la moindre petite chose. 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable. <p>11 Agitation</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille. 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose. <p>12 Perte d'intérêt</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités. 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses. 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses. 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit. <p>13 Indécision</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant. 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions. 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions. 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision. <p>14 Dévalorisation</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je pense être quelqu'un de valable. 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant. 2 Je me sens moins valable que les autres. 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien. <p>15 Perte d'énergie</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant. 1 J'ai moins d'énergie qu'avant. 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose. 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit. 	<p>16 Modifications dans les habitudes de sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé. 1a Je dors un peu plus que d'habitude. 1b Je dors un peu moins que d'habitude. 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude. 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude. 3a Je dors presque toute la journée. 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir. <p>17 Irritabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude. 1 Je suis plus irritable que d'habitude. 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude. 3 Je suis constamment irritable. <p>18 Modifications de l'appétit</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Mon appétit n'a pas changé. 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude. 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude. 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude. 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude. 3a Je n'ai pas d'appétit du tout. 3b J'ai constamment envie de manger. <p>19 Difficulté à se concentrer</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant. 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude. 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit. 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit. <p>20 Fatigue</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude. 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant. 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant. <p>21 Perte d'intérêt pour le sexe</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant. 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant. 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
--	---

Échelle de Croyances (Janoff-Bulman, 1989)

En utilisant l'échelle ci-dessous, choisissez le chiffre qui représente le mieux votre accord ou votre désaccord avec chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus franchement possible. Merci.

Fortement en désaccord avec l'énoncé 1	Modérément en désaccord avec l'énoncé 2	Légèrement en désaccord avec l'énoncé 3	Légèrement en accord avec l'énoncé 4	Modérément en accord avec l'énoncé 5	Fortement en accord avec l'énoncé 6
---	--	--	---	---	--

Que pensez-vous de chacun des énoncés... (Encernez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé	Fortement d'accord avec l'énoncé
---	---	---

1. Le malheur est moins à même de frapper les gens s'ils sont respectables et honnêtes.	1	2	3	4	5	6
2. Les gens sont naturellement hostiles et méchants ...	1	2	3	4	5	6
3. Les malheurs sont répartis au hasard parmi les gens ...	1	2	3	4	5	6
4. La nature humaine est foncièrement bonne	1	2	3	4	5	6
5. Le nombre de bonnes choses qui se produisent dans ce monde surpasse de beaucoup le nombre des mauvaises:	1	2	3	4	5	6
6. Le cours de nos vies est largement déterminé par le hasard.	1	2	3	4	5	6
7. Généralement, les gens méritent ce qui leur arrive dans ce monde.	1	2	3	4	5	6
8. Je pense souvent que je ne vauds rien du tout	1	2	3	4	5	6
9. Il y a plus de bon que de mauvais dans ce monde ...	1	2	3	4	5	6
10. Je suis fondamentalement une personne chanceuse	1	2	3	4	5	6
11. Les malheurs des gens résultent des erreurs qu'ils ont commises	1	2	3	4	5	6
12. Les gens ne se préoccupent pas vraiment de ce qui arrive aux autres	1	2	3	4	5	6
13. Je me comporte habituellement de façon à augmenter les résultats positifs en ma faveur	1	2	3	4	5	6
14. Les gens auront de la chance s'ils sont eux-mêmes bons	1	2	3	4	5	6

Que pensez-vous de chacun des énoncés... (Encerlez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé				Fortement d'accord avec l'énoncé	
15. La vie comporte trop d'incertitudes qui sont déterminées par le hasard	1	2	3	4	5	6
16. Quand j'y pense, je me trouve très chanceux(se)	1	2	3	4	5	6
17. Je fais presque toujours des efforts pour éviter que des malheurs m'arrivent	1	2	3	4	5	6
18. J'ai une faible opinion de moi-même.....	1	2	3	4	5	6
19. Dans l'ensemble, les gens "biens" récoltent ce qu'ils méritent dans ce monde	1	2	3	4	5	6
20. Par nos actions, nous pouvons empêcher les malheurs de nous arriver	1	2	3	4	5	6
21. En considérant ma vie, je me rends compte que le hasard a joué en ma faveur	1	2	3	4	5	6
22. Si les gens prenaient des précautions, la plupart des malheurs pourraient être évités.....	1	2	3	4	5	6
23. Je prends les mesures nécessaires pour me protéger du malheur.....	1	2	3	4	5	6
24. En général, la vie est principalement un jeu de hasard	1	2	3	4	5	6
25. Le monde est un bon endroit	1	2	3	4	5	6
26. Les gens sont foncièrement bons et serviables.	1	2	3	4	5	6
27. Je me comporte habituellement de manière à ce que cela me rapporte le plus de bonnes choses ...	1	2	3	4	5	6
28. Je suis très satisfait(e) du genre de personne que je suis	1	2	3	4	5	6
29. Quand des malheurs arrivent, c'est typiquement parce que les gens n'ont pas prit les mesures nécessaires pour se protéger	1	2	3	4	5	6
30. Si vous regardez d'assez près, vous constaterez que le monde est plein de bonté.....	1	2	3	4	5	6
31. J'ai des raisons d'avoir honte de mon caractère.....	1	2	3	4	5	6
32. Je suis plus chanceux(se) que la plupart des gens	1	2	3	4	5	6

Traduction du *World Assumptions Scale*: (Janoff-Bulman, 1989) Laboratoire d'Étude du Trauma, UQAM

DRS

Les énoncés ci-dessous représentent différents sentiments que les gens éprouvent souvent envers des situations de la vie courante.

Selon une échelle de 0 à 3, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord envers chacun de ces énoncés en cochant la case appropriée.

Soyez le plus sincère possible en donnant votre opinion. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Énoncés	En désaccord 0	Légèrement en accord 1	Assez en accord 2	Entièrement d'accord 3
1. La plus grande partie de ma vie se passe à faire des choses qui en valent la peine.				
2. Planifier à l'avance peut permettre d'éviter des problèmes futurs.				
3. Je n'aime pas faire des changements à mon horaire de tous les jours.				
4. Il ne sert à rien de travailler fort puisque les patrons sont les seuls à en bénéficier				
5. J'aime qu'il y ait des changements dans ma vie de tous les jours.				
6. En travaillant fort, on peut toujours réaliser ses objectifs.				
7. J'ai réellement hâte d'aller à mon travail. (Si vous êtes un policier retraité, vous pouvez penser à un autre travail que vous faites actuellement ou indiquez ne s'applique pas si c'est le cas)				
8. Lorsque j'effectue une tâche difficile, je sais quand demander de l'aide.				
9. La plupart du temps, les gens écoutent attentivement ce que j'ai à dire.				
10. Faire de son mieux au travail rapporte réellement en bout de ligne.				
11. Cela m'embête lorsque mon train-train quotidien est dérangé.				
12. La plupart du temps, je trouve que la vie est vraiment intéressante et passionnante.				
13. J'aime le défi d'avoir à effectuer plusieurs choses en même temps.				
14. J'aime avoir un horaire quotidien qui ne change pas beaucoup.				
15. Lorsque je fais des plans, je suis certain de pouvoir les réaliser.				

Traduction française du 15-Item DRS : Dufour-Pineault, M. (1995).

CISS – ADULTE

Les énoncés suivants représentent des types de réactions à différentes situations difficiles, tendues ou contrariantes. Indiquez jusqu'à quel point vous réagissez de chaque façon lorsque vous vivez une situation difficile, tendue ou contrariante.

Pas du tout					Beaucoup					
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1. Je répartis plus efficacement mon horaire.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	2. Je me concentre sur le problème et vois de quelle façon je peux le résoudre.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	3. Je pense aux bons moments que j'ai passés.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	4. Je cherche la compagnie d'autres personnes.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5. Je me reproche de tout remettre à plus tard.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6. Je fais ce qui me semble le mieux.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	7. Je suis préoccupé(e) par ma douleur.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	8. Je me reproche de m'être mis(e) dans cette situation.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	9. Je fais du lèche-vitrines.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	10. Je détermine mes priorités.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	11. J'essaie de dormir.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	12. Je m'offre un casse-croûte ou mon plat préféré.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	13. Je m'inquiète de ne pas pouvoir m'en tirer.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	14. Je deviens très tendu(e).
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	15. Je réfléchis à la façon dont j'ai résolu des problèmes semblables.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	16. Je me dis que ça ne m'arrive pas vraiment.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	17. Je me reproche de réagir de façon trop émotive face à la situation.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	18. Je sors manger quelque part.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	19. Je me sens très contrarié(e).
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	20. Je me paie quelque chose.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	21. J'établis une ligne de conduite et je la suis.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	22. Je me reproche de ne pas savoir quoi faire.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	23. Je vais à une fête.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	24. Je fais des efforts pour bien comprendre la situation.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	25. Je reste figé sur place et je ne sais pas quoi faire.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	26. Je pose immédiatement des actions rectificatives.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	27. Je pense à l'événement et en tire profit.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	28. Je souhaiterais pouvoir changer ce qui est arrivé ou comment je me sens.

Pas du tout					Beaucoup	
1	2	3	4	5		29. Je rends visite à un(e) ami(e).
1	2	3	4	5		30. Je me soucie de ce que je vais faire.
1	2	3	4	5		31. Je passe du temps avec une personne spéciale.
1	2	3	4	5		32. Je fais une promenade.
1	2	3	4	5		33. Je me dis que ça ne se reproduira plus jamais.
1	2	3	4	5		34. Je me concentre sur mes faiblesses.
1	2	3	4	5		35. Je parle à quelqu'un dont j'estime les conseils.
1	2	3	4	5		36. J'analyse le problème avant de réagir.
1	2	3	4	5		37. Je téléphone à un(e) ami(e).
1	2	3	4	5		38. Je me fâche.
1	2	3	4	5		39. J'ajuste mes priorités.
1	2	3	4	5		40. Je vais au cinéma.
1	2	3	4	5		41. Je maîtrise la situation.
1	2	3	4	5		42. Je fais un effort supplémentaire pour que tout soit fait.
1	2	3	4	5		43. Je trouve différentes solutions pour résoudre le problème.
1	2	3	4	5		44. Je prends des vacances et m'échappe de la situation.
1	2	3	4	5		45. Je m'en prends à d'autres personnes.
1	2	3	4	5		46. Je profite de la situation pour faire mes preuves.
1	2	3	4	5		47. J'essaie d'être organisé(e) afin d'être maître de la situation.
1	2	3	4	5		48. Je regarde la télévision.

TRAVAIL

1. Travaillez-vous présentement en tant que policier ou policière ? Si **oui** poursuivez à la question 1. Si **non** passez à la question 2.

- 1.1. Si oui, depuis combien de temps : ____ années ____ mois ____ jours
- 1.2. Quel est votre grade dans la police : _____
- 1.3. Dans quel secteur travaillez-vous : _____
- 1.4. Si vous travaillez dans un PDQ, quel est le numéro du poste : _____
- 1.5. Combien d'heures faites vous par semaine (en moyenne) : _____

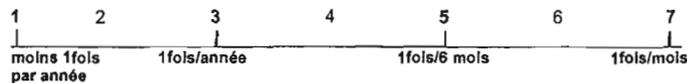
2. Combien de temps avez-vous travaillé comme policier ?

- ____ années ____ mois ____ jours
- 2.1. Quel était votre grade dans la police : _____
- 2.2. Dans quel secteur travailliez-vous : _____
- 2.3. Si vous travailliez dans un PDQ, quel était le numéro du poste : _____

Que vous ayez répondu à la question 1 ou 2, poursuivez ici

3. Suite à l'événement marquant dont nous avons parlé, avez-vous été absent du travail?

() Oui, combien de jours : ____ Vous pouvez également encercler sur l'échelle suivante le chiffre correspondant à vos absences :

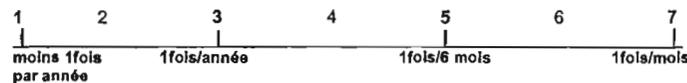


3.2. Motifs des absences : _____

() Non

4. Avant l'événement marquant, avez-vous déjà été absent du travail (cela inclut les congés de maladie)?

() Oui, combien de jours : ____ Vous pouvez également encercler sur l'échelle suivante le chiffre correspondant à vos absences :



() Non

5. Avez-vous demandé des indemnités spécifiques après l'événement ?

() Oui, spécifiez l'organisme : _____
en quoi consiste l'indemnité (durée du congé, montant...) : _____

() Non

APPENDICE G
ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES DES POLICIERS NON IMPLIQUÉS DANS UN
ÉVÉNEMENT MARQUANT

ÉTUDE RÉTROSPECTIVE

ENTREVUE POUR POLICIERS ET POLICIÈRES

NON IMPLIQUÉ(E) S

Code confidentiel : _____

Date de l'entrevue : _____

Nom de l'évaluateur : _____

ENTREVUE SUR LES POLICIERS NON IMPLIQUÉS DANS UN ÉVÉNEMENT MARQUANT

Instructions à l'évaluateur :

Passer ce questionnaire seulement si le policier n'a pas vécu d'événement marquant

Si dans une phrase, des mots sont en gras ou souligné, mettre l'accent sur ceux-ci

Écrire toute autre information pertinente à l'évaluation sur cette feuille même s'il n'y a pas de question qui demande cette information

Au cours de vos fonctions de policier

À combien estimez-vous le nombre d'incidents dans lesquels *vo*tre vie a été mis en danger (i.e. vous auriez pu mourir ou être menacé de mort) : _____

De ce nombre, y en a-t-il qui ont généré des émotions fortes telles : peur intense, sentiment d'impuissance, horreur, culpabilité, colère, honte : _____

À combien estimez-vous le nombre d'incidents dans lesquels vous avez été très gravement blessé ou été menacé de graves blessures : _____

De ce nombre, y en a-t-il qui ont généré des émotions fortes telles peur intense, sentiment d'impuissance, horreur, culpabilité, colère, honte : _____

À combien estimez-vous le nombre d'incidents dans lesquels votre intégrité physique a été menacée (torts à la personne mais sans blessure physique, p.ex. viol, humiliation) : _____

De ce nombre, y en a-t-il qui ont généré des émotions fortes telles peur intense, sentiment d'impuissance, horreur, culpabilité, colère, honte : _____

À combien estimez-vous le nombre d'incidents dans lesquels vous avez été témoin de la mort de quelqu'un, de blessures graves chez autrui ou de menaces pour l'intégrité physique d'autrui : _____

De ce nombre, y en a-t-il qui ont généré des émotions fortes telles peur intense, sentiment d'impuissance, horreur, culpabilité, colère, honte : _____

1. Total incidents critiques _____ Total événements marquants _____

2. Connaissez-vous des policiers qui ont vécu un événement marquant, c'est-à-dire un événement qui a mis leur vie ou leur intégrité physique en danger et qui a provoqué chez eux une réaction de peur intense, un sentiment d'horreur ou d'impuissance.

() Oui

() Non

2.1. Si non, connaissez-vous des policiers qui ont été témoin d'un événement dans lequel la vie ou l'intégrité physique de quelqu'un d'autre était en danger et qui aurait provoqué chez le policier une réaction de peur intense, un sentiment d'horreur ou d'impuissance? () Oui

() Non

3. Selon vous, quel pourcentage de policiers vivent un événement marquant (cx A1 et A2 du TSPT) au moins une fois dans le cadre de leurs fonctions?
% : _____

4. Avez-vous l'impression qu'un policier a besoin d'aide après un tel événement?
() Oui
Si oui, quel type d'aide ont-ils besoin selon vous?

() Non

5. D'après vous, **quels services les policiers aimeraient-ils** recevoir lorsqu'ils vivent ce genre de situation? Je vais vous nommer une liste de services. (vous pouvez indiquer plus d'une réponse)

Et vous quels services aimeriez-vous recevoir?

Autres Moi

- () () recevoir du soutien de leurs collègues
 () () se faire conseiller par un confrère qui a vécu la même chose
 () () réaménagement des tâches de travail, de quelle façon : _____
 () () congé de maladie, combien de temps : _____
 () () recevoir du soutien social de leur superviseur ou du commandant
 () () soutien familial
 () () consultation psychologique en individuel
 () () services psychologiques pour la famille
 () () intégration du conjoint dans la thérapie afin qu'il comprenne les réactions possibles du policier
 () () débriefing psychologique de groupe
 () () débriefing psychologique individuel
 autres services : _____

6. Selon vous, qu'est-ce qui **aide** un policier a bien récupérer après un événement marquant?

7. Selon vous, quels sont les **réactions** qu'un policier peut développer suite à un événement marquant? Parmi celles-ci, lesquelles constitue des réactions « normales »?

8. Selon vous, en moyenne, quelle est la **durée normale** de ces réactions?
Après combien de temps un policier peut s'attendre à retrouver un
fonctionnement normal dans sa vie quotidienne?

9. Si vous seriez impliqué dans un événement marquant, combien de temps
pensez-vous que ça prendrait pour résoudre l'événement marquant que vous
auriez vécu ET pour retrouver un fonctionnement normal au travail et dans votre
vie familiale et sociale?

Si vous ne recevez pas d'intervention spécifique : _____
Si vous recevez une intervention (e.g. débriefing) : _____

10. Selon vous, qu'est-ce qui fait que certains policiers développent des
réactions de stress post-traumatique et que d'autres n'en développent pas?

11. Selon vous, quels sont les **facteurs de risque**, c'est-à-dire les facteurs qui
augmentent les chances qu'un policier développe un trouble de stress post-
traumatique?

12. Selon vous, quels sont les **facteurs de protection**, c'est-à-dire les facteurs
qui favorisent une meilleure adaptation suite à un événement marquant et qui
diminuent les chances qu'un policier développe un trouble de stress post-
traumatique?

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

LISTE DE POINTAGE DES ÉVÉNEMENTS MARQUANTS

Je vais vous nommer des événements difficiles ou stressants que vivent parfois des personnes. Pour chaque événement vous allez m'indiquer si vous avez **vécu (en dehors de votre travail policier)** ou été **témoin** d'un tel événement, ou si au contraire vous n'avez jamais vécu ou été témoin d'un tel événement.

Vous devez tenir compte de votre vie entière (tant de votre enfance que de votre vie adulte)

Évaluateur : Si plusieurs fois victime ou témoin d'un même type d'événement, écrire dans la case le nombre de fois approprié et l'année de chaque événement.

Événements	Victime	Témoin	N/A
1. Désastre naturel (par exemple: inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.). Année(s) : _____			
2. Incendie ou explosion. Année(s) : _____			
3. Accident de transport (par exemple: accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion). Année(s) : _____			
4. Accident grave à la maison, lors d'activités de loisirs ou ailleurs. Année(s) : _____			
5. Exposition à une substance toxique (par exemple: produits chimiques dangereux, radiations, etc.). Année(s) : _____			
6. Agression physique (par exemple: avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pied, etc.). Année(s) : _____			
7. Agression à main armée (par exemple: avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu, une bombe ou une autre arme). Année(s) : _____			
8. Participation à un combat ou présence dans une zone de guerre (comme militaire ou comme civil). Année(s) : _____			
9. Captivité (par exemple: avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.). Année(s) : _____			
10. Maladie ou blessure mettant la vie en danger de soi ou de quelqu'un d'autre. Année(s) : _____			

Événements	Victime	Témoin	N/A
11. Souffrances humaines intenses. Année(s) : _____			
12. Mort violente et soudaine (par exemple: homicide, suicide, etc.). Année(s) : _____			
13. Mort subite et inattendue d'un proche. Année(s) : _____			
14. Causer des blessures graves, des dommages ou engendrer la mort d'une personne. Année(s) : _____			
15. Tout autre expérience non mentionnée auparavant (p.ex. agression sexuelle ou un autre événement très stressant). Année(s) : _____ Préciser de quoi il s'agit: _____			

Nombre d'**incidents critiques** vécus : _____

Parmi les événements ci-haut (renommer les événements ci-haut), y en a-t-il qui ont suscité des réactions telles un sentiment de peur intense, d'impuissance, de l'horreur, de la colère, culpabilité ou honte?

Si oui, indiquer le nombre d'**événements traumatiques** vécus : _____

Parmi ces événements que vous venez de nommer, y en a-t-il un qui vous a marqué ou qui aurait suscité chez vous des réactions de stress : soit des rêves, des souvenirs répétitifs, des flash-backs ou d'autres réactions?

Si oui, passer le SCID TSPT

TSPT À VIE

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS PRÉCÉDEMMENT.

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN TRAUMATISME : Lequel de ces événements vous a le plus affecté(e) ?

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous éprouvé quand ...? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

(Avez-vous eu très peur ou encore, avez-vous ressenti de l'horreur ou de l'impuissance ?)

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions concernant les effets précis que ce ou ces événements ont pu avoir sur vous.

Par exemple, avez-vous pensé malgré vous à ... ? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

Le souvenir de cet événement vous est-il revenu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité ?

Y avez-vous rêvé ?
(avez-vous fait d'autres rêves bouleversants?)

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

A. Le sujet a été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée. | ? | 1 | 2 | 3 |
| (2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une très grande peur ou un vif sentiment d'horreur ou d'impuissance. | ? | 1 | 2 | 3 |

B. L'événement traumatisant est constamment revécu comme en témoigne la présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris des visions, des pensées ou des sensations, provoquant un sentiment de détresse chez le sujet; | ? | 1 | 2 | 3 |
| (2) rêves répétitifs concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse; | ? | 1 | 2 | 3 |
| (3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p.ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication); | ? | 1 | 2 | 3 |
| (4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci; | ? | 1 | 2 | 3 |

Vous est-il arrivé(e) d'éprouver des symptômes physiques lors d'une exposition à des signes qui évoquent ou rappellent l'événement? Par exemple :

- vous mettre à transpirer abondamment ?
- respirer de façon laborieuse ou irrégulière?
- sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci ? 1 2 3

AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 ». ? 1 2 3
 /5
 SX COTÉ « 2 ». ___ / 5

Depuis ... (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ?

(Pouvez-vous en parler? Si on vous en parle essayez-vous de changer de sujet? Comment faites-vous pour cesser ou éviter d'y penser?)

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme; ? 1 2 3

Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement?

(2) efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme; ? 1 2 3

Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme; ? 1 2 3

Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision? (ou avez-vous réduit votre participation à ses activités)

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités; ? 1 2 3

Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ?

(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres; ? 1 2 3

Vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ? (vous sentiez-vous incapable d'éprouver des sentiments tendres?)

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection); ? 1 2 3

Avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé (de façon négative)? (avez-vous le sentiment que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement?)

(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps. ? 1 2 3

AU MOINS 3 SX SONT COTÉS « 3 ». ___ / 7
SX COTÉ « 2 ». ___ / 7

Depuis... (ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu; ? 1 2 3

Vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère; ? 1 2 3

Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?

(3) difficultés de concentration; ? 1 2 3

Avez-vous eu tendance à rester sur vos gardes à être plus méflant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance; ? 1 2 3

Avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, suite à un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée. ? 1 2 3

AU MOINS 2 SX SONT COTÉS « 3 ». ___ / 5
SX COTÉ « 2 ». ___ / 5

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé les difficultés dont nous venons de parler?

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois ? 1 2 3

(NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET)

Pensez-vous que ... (l'événement traumatisant) a changé votre qualité de vie?

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap important sur le plan social, professionnel ou autre. ? 1 2 3

Pensez-vous que vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? (p.ex. relations amoureuses, amis, travail, loisirs, sorties, activités quotidiennes)

Les critères A, B, C, D, E, F du TSPT sont cotés 3. ? 1 2 3

*Indiquer si chronique
aigu*

Dx Partiel

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ... (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)	Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours du dernier mois.	?	1	3
--	--	---	---	---

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. Antécédents d'état de stress post-traumatique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois?	Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique: _____
---	---

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à avoir ...? (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)	Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique : _____ (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)
--	--

CONTINUER
A LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

SCID

Troubles de l'humeur passé : ÉPISEDE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL (module A)

A1 (A)___ A2 (A)___ *Si A1 et A2 < 3 : aller à épisode dépressif majeur passé*
 A3 (A)___ (A4 ; A5) A 6 (A)___ (A7 ; A8) A9 (A)___ (A10 ; A11
 A12 (A)___ A13(A)___ (A14 ; A15) A16 (A)___ (A17 ; A18
 A19(A)___ (A20 ; A21 ; A22 ; A23 **Au moins 5 symptômes sont cotés**
 « 3 » : ___ / 9 **Sx cotés « 2 »** : ___ / 9 **A24(Dx)**___ 1 = aucun sx coté « 3 »; 2 =
 sx cotés « 3 » mais insuffisants pour poser dx; 3= au moins 5 symptômes sont coté « 3 ».
(Si 1, aller à épisode dépressif passé)
 A25 (B)___ A26(C)___ A27(D)___ **A28 (Dx)**___ 1 = absent; 2 = sous-clinique; 3=
 clinique, c'est-à-dire que les items A-B-C-D sont cotés « 3 ».
 A30 ___ 3 = Présent A31 **Sévérité** (1 ; 2 ; 3) A32 (Dx **Rémission** 4 ; 5 ; 6)

Troubles de l'humeur passé : ÉPISEDE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ (module A)

A52 (A)___ A53(A)___ *Si A1 et A2 < 3 : Passer au module suivant*
 A54 (A)___ (A55 ; A56) A57 (A)___ (A58 ; A59
 A60(A)___ (A61 ; A62) A63(A)___ A64(A)___ (A65 ; A66
 A67(A)___ (A68 ; A69) A70(A)___ (A71 ; A72 ; A73 ; A74
Au moins 5 symptômes sont cotés « 3 » : ___ / 9 **Sx cotés « 2 »** : ___ / 9
A75(Dx)___ 1 = aucun sx coté « 3 »; 2 = sx cotés « 3 » mais insuffisants pour poser dx;
 3= au moins 5 symptômes sont coté « 3 ». *(Si 1, aller au module suivant)*
 A76(B)___ A77(C)___ A78(D)___ **A79 (Dx)**___ 1 = absent; 2 = sous-clinique; 3=
 clinique, c'est-à-dire que les items A-B-C-D sont cotés « 3 ». A81 ___
 A82 ___ 3 = Passé A83 **Sévérité** (1 ; 2 ; 3)

Troubles liés à la prise d'un psychotrope : ALCOOL (module E)

E1 ___ Si pas de problème avec l'alcool, allez à non-alcool E2(A) ___
 E3(A) ___ E4(A) ___ E5(A) ___ E6(Dx) ___ 1 item "A" = 3, sinon allez à non-
 alcool

Dx Passé ou Présent

Dépendance à l'alcool

E7(A) ___ E8(A) ___ E9(A) ___ E10(A) ___ E11(A) ___
 E12(A) ___ (a ; b) E13(A) ___ E14(A) ___
 E15(Dx) ___ 3 items "A" = 3, sinon allez à non-alcool E16(Dx) ___ (1 ; 2)
 E17(Abus) ___ E19(Abus passé (1); Abus présent (3)) ___
 E22(Dx-Gravité 1 ; 2 ; 3) E24(Dx-Rémission 1 ; 2 ; 3 ; 4)

Dx Passé ou Présent

Troubles liés à la prise d'un psychotrope : NON-ALCOOL (module E)

E26 ___ Si 1, allez au module suivant

Montrez la liste et cochez les items E27 à E34

E27(Sédatif) ___ E28(Cannabis) ___ E29(Stimulants) ___ E30(Opiacés) ___
 E31(Cocaïne) ___ E32(Hallucin.) ___ E33(Autres) ___
 E34(Dx) ___ 1 Item = 2 ou 3. Si 1, allez au module suivant
 E35(Dx-politoxico) ___

(3) E36 ___ E37 ___ E38 ___ E39 ___ E40 ___ E41 ___ E42 ___ E43 ___
 (4) E44 ___ E45 ___ E46 ___ E47 ___ E48 ___ E49 ___ E50 ___ E51 ___
 (5) E52 ___ E53 ___ E54 ___ E55 ___ E56 ___ E57 ___ E58 ___ E59 ___
 (6) E60 ___ E61 ___ E62 ___ E63 ___ E64 ___ E65 ___ E66 ___ E67 ___
 (7) E68 ___ E69 ___ E70 ___ E71 ___ E72 ___ E73 ___ E74 ___ E75 ___

Tolérance

(1) E76 ___ E77 ___ E78 ___ E79 ___ E80 ___ E81 ___ E82 ___ E83 ___

Sevrage

(2) E84 ___ E85 ___ E86 ___ E87 ___ E88 ___ E89 ___ E90 ___ E91 ___

Dépendance

E92__ E93__ E94__ E95__ E96__ E97__ E98__ E99__

Type de dépendance

E100__ E101__ E102__ E103__ E104__ E105__ E106__ E107__

Type de rémission de dépendance

E108__ E109__ E110__ E111__ E112__ E113__ E114__ E115__

Dx Passé ou PrésentChronologie de la dépendance

E116__ E117__ E118__ E119__ E120__ E121__ E122__ E123__

E124__ E125__ E126__ E127__ E128__ E129__ E130__ E131__

E132__ E133__ E134__ E135__ E136__ E137__ E138__ E139__

Dépendance-types de rémission

E140__ E141__ E142__ E143__ E144__ E145__ E146__ E147__

Abus de psychotropes (passé ou présent)

E148__ E149__ E150__ E151__ E152__ E153__ E154__ E155__

E156__ E157__ E158__ E159__ E160__ E161__ E162__ E163__

E164__ E165__ E166__ E167__ E168__ E169__ E170__ E171__

E172__ E173__ E174__ E175__ E176__ E177__ E178__ E179__

E180__ E181__ E182__ E183__ E184__ E185__ E186__ E187__

E188__ E189__ E190__ E191__ E192__ E193__ E194__ E195__

Dx Passé ou Présent

Troubles anxieux: TROUBLE PANIQUE (module F)

F1(A)	___	F2(A)	___	Si F1, F2 = 1 :ASATP	F3(B)	___	Si 1, allez à ASATP
F4(B)	___	F5(B)	___		F6(B)	___	
F7(B)	___	F8(B)	___		F9(B)	___	
F10(B)	___	F11(B)	___		F12(B)	___	
F13(B)	___	F14(B)	___		F15(B)	___	
F16(B)	___	F17(Dx)	___	4 items "B" = 3	F18(C)	___	Si 1, allez à ASATP
F19(D)	___	Si 1, allez à ASATP					
F20(B= TP + AGO)	___	F21(B)	___		F22(B)	___	Si F20-F21 ou F22=1, TP
F23(Dx)	___	1=TP; 3=TPA			F24	___	sans agoraphobie
F25 Sévérité (1 ; 2 ; 3 ; 4)		F26 (4 ; 5 ; 6)					

Dx Passé ou Présent

Troubles anxieux : AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENTS DE TROUBLE PANIQUE (ASATP) (module F)

F29(A)	___	(F30 ; F31 ; F32 ; F33 ; F34 ; F35 ; F36)				
F37(A)	___	Si 1, allez à phobie sociale		F38(A)	___	Idem
F39(Dx)	___	Les items F29 - F37 - F38 = 3		F40(C)	___	Si 1, allez à PS
F41(D)	___	Si 1, allez à phobie sociale		F42(Dx)	___	Les items A - C - D = 3
F43 (Sévérité 1 ; 2 ; 3)		F44 (4 ; 5 ; 6)				

Dx Passé ou Présent

Troubles anxieux : PHOBIE SOCIALE (module F)

F47(A)	___	(F48 ; F49 ; F50 ; F51 ; F52)		Si 1, allez à phobie spécifique				
F53(B)	___	Idem	F54(C)	___	Idem	F55(D)	___	Idem
F56(E)	___	Idem	F57(F)	___	Idem	F58(G)	___	Idem
F59(G)	___	Idem	F60(H)	___	Idem			
F61(Dx)	___	Les items A - B - C - D - E - F - G et H sont cotés "3"		F62	___			
F63 (Sévérité 1 ; 2 ; 3)		F64 (4 ; 5 ; 6)						

Dx Passé ou Présent

Troubles anxieux : PHOBIE SPÉCIFIQUE (module F)

F67(A) ___ Si 1, aller TOC F68(B) ___ Idem F69(C) ___
 F70(D) ___ Idem F71(E) ___ Idem F72(F) ___
 F73(G) ___ Idem F74(Dx) ___ Les items A - B - C - D - E - F et G sont cotés "3"
 Spécifiez : F75 ; F76 ; F77 ; F78 ; F79 F80 ___ F81 (Sévérité 1 ; 2 ; 3)
 F82 (4 ; 5 ; 6)

Dx Passé ou Présent

Troubles anxieux TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC) (module F)

Obsessions

F85(A) ___ Si pas d'obsessions, allez a compulsion F86(A) ___ Idem
 F87(A) ___ Idem F88(A) ___ Idem

Compulsions

F89(A) ___ Si 1, allez à TAG F90(A) ___ Idem

Confirmation du TOC

F92(B) ___ Si 1, allez à TAG F93 (Discernement = oui ou non)
 F94(C) ___ Idem F95(D) ___ Idem F96(E) ___ Idem
 F97(Dx) ___ Les items A,B,C,D et E sont cotés "3" F98 ___
 F99 (Sévérité 1 ; 2 ; 3) F100 (4 ; 5 ; 6)

Dx Passé ou Présent

Troubles anxieux : ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TAG) (module F)

F135(A) ___ Si 1, arrêter F136(B) ___ Idem F137(B) ___ Idem F138(C) ___
 F139(C) ___ F140(C) ___ F141(C) ___ F142(C) ___ F143(C) ___
 F144(Dx) ___ 3 items "C" = 3 sinon arrêter F145(D) ___ Si 1, arrêter
 F146(E) ___ Idem F147(F) ___ Idem
 F148(Dx) ___ Les items A - B - C - D - E et F = "3" F149 (Sévérité 1 ; 2 ; 3)
 F150 (Rémission 4 ; 5 ; 6)

Dx Passé ou Présent

RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

Au cours de la dernière année :

1. Avez-vous consulté un généraliste (e.g. omnipraticien) ?

() Oui

Si oui, nombre de visites : _____

motifs de consultation : _____

() Non

2. Avez-vous consulté un spécialiste (e.g. médecin d'urgence, cardiologue, neurologue, gastro-entérologue, psychiatre) ?

() Oui

Si oui, préciser le(s) spécialiste(s) : _____

nombre de visites : _____

motifs de consultation : _____

() Non

3. Avez-vous consulté un autre professionnel (e.g. psychologue, psychothérapeute, travailleur social) ?

() Oui

Si oui, préciser le(s) professionnel(s) : _____

nombre de visites : _____

motifs de consultation : _____

() Non

4. Avez-vous consulté un spécialiste en médecine alternative (e.g. acupuncteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, ostéopathe, massothérapeute) ?

() Oui

Si oui, préciser le(s) professionnel(s) : _____

nombre de visites : _____

motifs de consultation : _____

() Non

5. Avez-vous consulté des ressources communautaires (e.g. groupe de soutien, 280-BLEU) ?

() Oui

Si oui, préciser le(s) groupe(s) : _____

nombre de fois : _____

raison : _____

() Non

6. Avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin (somnifères, tranquillisants, anti-dépresseurs, anxiolytiques, etc.) ?

() Oui, pouvez-vous spécifier la sorte : _____
depuis quand : _____
posologie : _____
Pouvez-vous nous préciser pour quelle(s) difficulté(s) :

() Non

7. Avez-vous été hospitalisé ?

() Oui, spécifiez la durée (jours): _____
spécifiez la raison : _____

() Non

8. Est-ce qu'un ou des membres de votre famille a déjà eu des difficultés psychologiques au cours de sa vie ?

() Oui, un membre de ma famille

() Oui, plusieurs membres de ma famille

Pouvez-vous préciser le lien de famille et les difficultés de cette personne :

() Non

TRAVAIL

1. Travaillez-vous présentement en tant que policier ou policière ? Si **oui** poursuivez à la question 1. Si **non** passez à la question 2.

1.1. Si oui, depuis combien de temps : ____ années ____ mois ____ jours

1.2. Quel est votre grade dans la police : _____

1.3. Dans quel secteur travaillez-vous : _____

1.4. Si vous travaillez dans un PDQ, quel est le numéro du poste : _____

1.5. Combien d'heures faites vous par semaine (en moyenne) : _____

2. Combien de temps avez-vous travaillé comme policier ?

____ années ____ mois ____ jours

2.1. Quel était votre grade dans la police : _____

2.2. Dans quel secteur travailliez-vous : _____

2.3. Si vous travailliez dans un PDQ, quel était le numéro du poste : _____

3. Avez-vous été absent du travail pendant la dernière année ?

() Oui, combien de jours : ____ Vous pouvez également encercler sur l'échelle suivante le chiffre correspondant à vos absences :

1	2	3	4	5	6	7
moins 1fois par année	1fois/année	1fois/6 mois	1fois/6 mois	1fois/mois	1fois/mois	1fois/mois

3.2. Motifs des absences : _____

() Non

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUESNOUS AIMERIONS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

1. Sexe

- masculin
 féminin

2. Quel âge avez-vous?

_____ ans

3. Quel est votre statut civil?

- Célibataire
 Union de fait
 Marié
 Séparé ou divorcé
 Veuf

4. Êtes-vous présentement en couple?

- Oui, depuis combien de temps? _____
 Non

5. Avez-vous des enfants?

- Oui,
Si oui, combien d'enfants avez-vous? _____

- Non

6. Combien d'années d'étude avez-vous complété à partir de la première année du primaire?

_____ années

Code confidentiel : _____

CONSIGNES

Nous apprécierions si vous pouviez compléter les questionnaires suivants.

Veillez lire attentivement les consignes qui sont indiquées au début de chaque questionnaire. Les questionnaires peuvent faire référence à des périodes de temps différentes (ex : « Au cours des 2 dernières semaines », « Au cours du dernier mois »...), il faut donc se fier aux consignes particulières pour chaque questionnaire.

Il est important de répondre à toutes les questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Soyez assuré que vos données resteront strictement **confidentielles**, personne en dehors du personnel de notre équipe de recherche n'aura accès à celles-ci.

Merci de votre collaboration !

Inscrivez ici la date à laquelle vous répondez aux questions :

Jour/Mois/Année : _____

Dans les questionnaires suivants, le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le sexe.

BDI-II

Date:

année / mois / jour

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

 THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace & Company, Canada
TORONTO
Londres • San Antonio • Sydney

 Les Éditions
de Psychologie
Apprentissage

Copyright © 1997 par Aaron T. Beck
Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique, mécanique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'enregistrement et d'extraction de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

Verso

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.

- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

0 Mon appétit n'a pas changé.

- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

ISP

Consignes: Tout d'abord, veuillez identifier votre proche le plus significatif et inscrire son nom ainsi que le lien que vous avez avec lui (conjoint, partenaire de travail, parent, ami, etc.).

Nom: _____ Lien: _____

Quand cette personne vous aide à gérer vos difficultés liées au stress, il(elle) peut adopter différents types de comportements ou d'attitudes. Les énoncés ci-bas sont des réactions possibles de sa part quand vous vous sentiez stressé(e). À l'aide de l'échelle suivante, veuillez évaluer à QUELLE FRÉQUENCE votre proche le plus significatif a répondu de cette façon AU COURS DU DERNIER MOIS.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
- 2 = A rarement répondu de cette façon
- 3 = A parfois répondu de cette façon
- 4 = A souvent répondu de cette façon

Veuillez évaluer à quelle fréquence (inscrire le nom du proche) _____

- _____ 1. A semblé impatient(e) avec vous.
- _____ 2. A semblé fâché(e) ou irrité(e) avec vous quand il(elle) a fait des choses pour vous aider.
- _____ 3. A semblé ne pas aimer être en votre présence.
- _____ 4. Vous a fait attendre longtemps pour de l'aide quand vous en aviez besoin.
- _____ 5. A évité d'être en votre présence quand vous ne vous sentiez pas bien.
- _____ 6. A fait voir qu'il(elle) ne voulait réellement pas parler de vos difficultés liées au stress.
- _____ 7. A crié ou hurlé après vous.
- _____ 8. N'a pas semblé respecter vos sentiments.
- _____ 9. S'est plaint de vos difficultés liées au stress ou d'avoir à vous aider avec une tâche que vous trouviez difficile à faire par vous-même.
- _____ 10. A semblé inconfortable de vous parler au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 11. A critiqué la façon dont vous gériez vos difficultés liées au stress.
- _____ 12. A semblé moins acceptant(e) envers vous parce que vous avez des difficultés liées au stress.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
2 = A rarement répondu de cette façon
3 = A parfois répondu de cette façon
4 = A souvent répondu de cette façon

- _____ 13. N'a pas été émotionnellement supportant(e) pour vous alors que vous vous attendiez à recevoir un peu de support.
- _____ 14. A plaisanté et tenté de vous remonter le moral.
- _____ 15. A demandé comment vous vous sentiez.
- _____ 16. Vous a demandé de faire une activité pour vous changer les idées.
- _____ 17. Vous a fait savoir qu'il(elle) serait toujours dans les alentours si vous aviez besoin d'aide.
- _____ 18. A dit que vos émotions étaient normales pour quelqu'un qui avait des difficultés liées au stress.
- _____ 19. Vous a consolé en vous démontrant de l'affection physique.
- _____ 20. Était à vos côtés dans les moments stressants de vos difficultés liées au stress.
- _____ 21. A exprimé de l'intérêt ou du souci au sujet de votre bien-être.
- _____ 22. A initié des discussions au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 23. A suggéré des conduites que vous devriez prendre.
- _____ 24. A fait des tâches ménagères ou des courses que vous trouviez difficiles à faire.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Échelle de Croyances (Janoff-Bulman, 1989)

En utilisant l'échelle ci-dessous, choisissez le chiffre qui représente le mieux votre accord ou votre désaccord avec chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus franchement possible. Merci.

Fortement en désaccord avec l'énoncé 1	Modérément en désaccord avec l'énoncé 2	Légèrement en désaccord avec l'énoncé 3	Légèrement en accord avec l'énoncé 4	Modérément en accord avec l'énoncé 5	Fortement en accord avec l'énoncé 6
---	--	--	---	---	--

Que pensez-vous de chacun des énoncés... (Encerclez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé					Fortement d'accord avec l'énoncé
1. Le malheur est moins à même de frapper les gens s'ils sont respectables et honnêtes. 1	2	3	4	5	6	
2. Les gens sont naturellement hostiles et méchants ... 1	2	3	4	5	6	
3. Les malheurs sont répartis au hasard parmi les gens ... 1	2	3	4	5	6	
4. La nature humaine est foncièrement bonne 1	2	3	4	5	6	
5. Le nombre de bonnes choses qui se produisent dans ce monde surpasse de beaucoup le nombre des mauvaises. 1	2	3	4	5	6	
6. Le cours de nos vies est largement déterminé par le hasard. 1	2	3	4	5	6	
7. Généralement, les gens méritent ce qui leur arrive dans ce monde. 1	2	3	4	5	6	
8. Je pense souvent que je ne vauds rien du tout 1	2	3	4	5	6	
9. Il y a plus de bon que de mauvais dans ce monde 1	2	3	4	5	6	
10. Je suis fondamentalement une personne chanceuse 1	2	3	4	5	6	
11. Les malheurs des gens résultent des erreurs qu'ils ont commises 1	2	3	4	5	6	
12. Les gens ne se préoccupent pas vraiment de ce qui arrive aux autres 1	2	3	4	5	6	
13. Je me comporte habituellement de façon à augmenter les résultats positifs en ma faveur 1	2	3	4	5	6	
14. Les gens auront de la chance s'ils sont eux-mêmes bons 1	2	3	4	5	6	

Que pensez-vous de chacun des énoncés... (Encerlez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé					Fortement d'accord avec l'énoncé
15. La vie comporte trop d'incertitudes qui sont déterminées par le hasard	1	2	3	4	5	6
16. Quand j'y pense, je me trouve très chanceux(se)	1	2	3	4	5	6
17. Je fais presque toujours des efforts pour éviter que des malheurs m'arrivent	1	2	3	4	5	6
18. J'ai une faible opinion de moi-même.....	1	2	3	4	5	6
19. Dans l'ensemble, les gens "biens" récoltent ce qu'ils méritent dans ce monde	1	2	3	4	5	6
20. Par nos actions, nous pouvons empêcher les malheurs de nous arriver	1	2	3	4	5	6
21. En considérant ma vie, je me rends compte que le hasard ajouté en ma faveur	1	2	3	4	5	6
22. Si les gens prenaient des précautions, la plupart des malheurs pourraient être évités.....	1	2	3	4	5	6
23. Je prends les mesures nécessaires pour me protéger du malheur.....	1	2	3	4	5	6
24. En général, la vie est principalement un jeu de hasard	1	2	3	4	5	6
25. Le monde est un bon endroit	1	2	3	4	5	6
26. Les gens sont foncièrement bons et serviables.	1	2	3	4	5	6
27. Je me comporte habituellement de manière à ce que cela me rapporte le plus de bonnes choses ...	1	2	3	4	5	6
28. Je suis très satisfait(e) du genre de personne que je suis	1	2	3	4	5	6
29. Quand des malheurs arrivent, c'est typiquement parce que les gens n'ont pas prit les mesures nécessaires pour se protéger	1	2	3	4	5	6
30. Si vous regardez d'assez près, vous constaterez que le monde est plein de bonté.....	1	2	3	4	5	6
31. J'ai des raisons d'avoir honte de mon caractère.....	1	2	3	4	5	6
32. Je suis plus chanceux(se) que la plupart des gens	1	2	3	4	5	6

Traduction du *World Assumptions Scale*; (Janoff-Bulman, 1989) Laboratoire d'Étude du Trauma, UQAM

DRS

Les énoncés ci-dessous représentent différents sentiments que les gens éprouvent souvent envers des situations de la vie courante.

Selon une échelle de 0 à 3, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord envers chacun de ces énoncés en cochant la case appropriée.

Soyez le plus sincère possible en donnant votre opinion. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Énoncés	En désaccord 0	Légèrement en accord 1	Assez en accord 2	Entièrement d'accord 3
1. La plus grande partie de ma vie se passe à faire des choses qui en valent la peine.				
2. Planifier à l'avance peut permettre d'éviter des problèmes futurs.				
3. Je n'aime pas faire des changements à mon horaire de tous les jours.				
4. Il ne sert à rien de travailler fort puisque les patrons sont les seuls à en bénéficier				
5. J'aime qu'il y ait des changements dans ma vie de tous les jours.				
6. En travaillant fort, on peut toujours réaliser ses objectifs.				
7. J'ai réellement hâte d'aller à mon travail. (Si vous êtes un policier retraité, vous pouvez penser à un autre travail que vous faites actuellement ou indiquez ne s'applique pas si c'est le cas)				
8. Lorsque j'effectue une tâche difficile, je sais quand demander de l'aide.				
9. La plupart du temps, les gens écoutent attentivement ce que j'ai à dire.				
10. Faire de son mieux au travail rapporte réellement en bout de ligne.				
11. Cela m'embête lorsque mon train-train quotidien est dérangé.				
12. La plupart du temps, je trouve que la vie est vraiment intéressante et passionnante.				
13. J'aime le défi d'avoir à effectuer plusieurs choses en même temps.				
14. J'aime avoir un horaire quotidien qui ne change pas beaucoup.				
15. Lorsque je fais des plans, je suis certain de pouvoir les réaliser.				

Traduction française du 15-Item DRS : Dufour-Pineault, M. (1995).

CISS – ADULTE

Les énoncés suivants représentent des types de réactions à différentes situations difficiles, tendues ou contrariantes. Indiquez jusqu'à quel point vous réagissez de chaque façon lorsque vous vivez une situation difficile, tendue ou contrariante.

Pas du tout					Beaucoup					
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
										1. Je répartis plus efficacement mon horaire.
										2. Je me concentre sur le problème et vois de quelle façon je peux le résoudre.
										3. Je pense aux bons moments que j'ai passés.
										4. Je cherche la compagnie d'autres personnes.
										5. Je me reproche de tout remettre à plus tard.
										6. Je fais ce qui me semble le mieux.
										7. Je suis préoccupé(e) par ma douleur.
										8. Je me reproche de m'être mis(e) dans cette situation.
										9. Je fais du lèche-vitrines.
										10. Je détermine mes priorités.
										11. J'essaie de dormir.
										12. Je m'offre un casse-croûte ou mon plat préféré.
										13. Je m'inquiète de ne pas pouvoir m'en tirer.
										14. Je deviens très tendu(e).
										15. Je réfléchis à la façon dont j'ai résolu des problèmes semblables.
										16. Je me dis que ça ne m'arrive pas vraiment.
										17. Je me reproche de réagir de façon trop émotive face à la situation.
										18. Je sors manger quelque part.
										19. Je me sens très contrarié(e).
										20. Je me paie quelque chose.
										21. J'établis une ligne de conduite et je la suis.
										22. Je me reproche de ne pas savoir quoi faire.
										23. Je vais à une fête.
										24. Je fais des efforts pour bien comprendre la situation.
										25. Je reste figé sur place et je ne sais pas quoi faire.
										26. Je pose immédiatement des actions rectificatives.
										27. Je pense à l'événement et en tire profit.
										28. Je souhaiterais pouvoir changer ce qui est arrivé ou comment je me sens.

Pas du tout					Beaucoup					
1	2	3	4	5						
1	2	3	4	5	29. Je rends visite à un(e) ami(e).					
1	2	3	4	5	30. Je me soucie de ce que je vais faire.					
1	2	3	4	5	31. Je passe du temps avec une personne spéciale.					
1	2	3	4	5	32. Je fais une promenade.					
1	2	3	4	5	33. Je me dis que ça ne se reproduira plus jamais.					
1	2	3	4	5	34. Je me concentre sur mes faiblesses.					
1	2	3	4	5	35. Je parle à quelqu'un dont j'estime les conseils.					
1	2	3	4	5	36. J'analyse le problème avant de réagir.					
1	2	3	4	5	37. Je téléphone à un(e) ami(e).					
1	2	3	4	5	38. Je me fâche.					
1	2	3	4	5	39. J'ajuste mes priorités.					
1	2	3	4	5	40. Je vais au cinéma.					
1	2	3	4	5	41. Je maîtrise la situation.					
1	2	3	4	5	42. Je fais un effort supplémentaire pour que tout soit fait.					
1	2	3	4	5	43. Je trouve différentes solutions pour résoudre le problème.					
1	2	3	4	5	44. Je prends des vacances et m'échappe de la situation.					
1	2	3	4	5	45. Je m'en prends à d'autres personnes.					
1	2	3	4	5	46. Je profite de la situation pour faire mes preuves.					
1	2	3	4	5	47. J'essaie d'être organisé(e) afin d'être maître de la situation.					
1	2	3	4	5	48. Je regarde la télévision.					

© Copyright 1990. Multi-Health Systems, Inc. Toute reproduction totale ou partielle par quelques moyens que ce soit est interdite sans la permission écrite de l'éditeur.
Traduit et adapté par Yvan Lussier, Ph.D., 1991, grâce à une permission spéciale de l'éditeur.

APPENDICE H
ENTREVUE CLINIQUE

MODULES D'ENTREVUE CLINIQUE SCID-I

Extraits du: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders, Patient Edition
Version 2.0, (4/97): Michael B. First, M.D.; Robert L. Spitzer, M.D.; Miriam Gibbon,
M.S.W.; and Janet B.W. Williams, D.S.W.

A. ÉPISODES DE TROUBLES THYMIQUES

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

À présent, je vais vous poser quelques questions additionnelles au sujet de votre humeur.

Au cours des trente derniers jours...

... y a-t-il eu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ?

SI OUI : Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

... y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez éprouvé beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

SI OUI : Cela s'est-il produit presque tous les jours ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3 A1

? 1 2 3 A2

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE, À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme intrinsèque 3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT
SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DES
TRENTÉ DERNIERS JOURS (OU LES DEUX
DERNIÈRES SEMAINES SI L'ÉTAT
DÉPRESSIF DU SUJET EST RESTÉ
UNIFORME PENDANT TOUT LE MOIS)

Durant ces (DEUX SEMAINES)...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Êtes-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

? 1 2 3

A3

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit

—

Augmentation de poids ou d'appétit

—

A4

A5

... comment qualifieriez-vous votre
sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveillez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?)

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

? 1 2 3

A6

Cocher selon le cas :

Insomnie

—

Hypersomnie

—

A7

A8

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur mais une manifestation
constatée par autrui).

? 1 2 3

A9

REMARQUE : TENIR COMPTE DU
COMPORTEMENT DU SUJET DURANT
L'INTERVIEW.

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur

—

Agitation

—

A10

A11

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

? 1 2 3

A12

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DESIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3 A
25

PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3 A
26

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX. PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladie de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

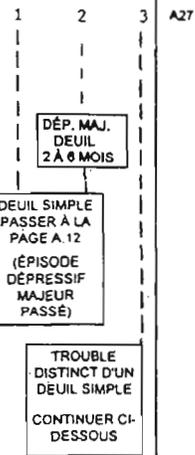
? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme intraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés: en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

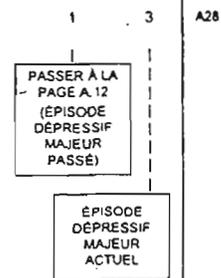
- 1 = dépression majeure deuil < 2 mois (critères DSM-IV)
- 2 = dépression majeure deuil 2 à 6 mois
- 3 = dépression majeure cause deuil > 6 mois ou indép. de deuil

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3"



Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été [déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ] presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).



Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu un épisode comme celui-ci ?

Âge du premier épisode dépressif majeur.

_____ A29

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infatigable 3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DE L'ÉPISODE EN QUESTION.

Durant ces DEUX SEMAINES...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

Si NON : Comment qualifieriez-vous votre appétit ? (Si vous le comparez à votre appétit habituel ?) (Étiez-vous obligé(e) de vous forcer à manger ?) (Mangiez-vous [plus ou moins] que d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté presque tous les jours ?)

... comment qualifieriez-vous votre sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e), vous réveillez-vous trop souvent ou trop tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien d'heures par nuit dormiez-vous comparativement à votre habitude ? Était-ce presque toutes les nuits ?)

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se) que vous ne pouviez tenir en place ? (Votre agitation était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce presque tous les jours ?)

Si NON : Est-ce le contraire qui s'est produit — parliez-vous ou bougiez-vous plus lentement que d'habitude ? (Votre lenteur était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce presque tous les jours ?)

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous sentiez-vous toujours fatigué(e) ? Presque tous les jours ?)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex. ? 1 2 3 A54

variation de plus de 5 % en un mois) sans que le sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit A55
Augmentation de poids ou d'appétit A56

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. ? 1 2 3 A57

Cocher selon le cas :

Insomnie A58
Hypersomnie A59

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (non seulement un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur, mais une manifestation constatée par autrui). ? 1 2 3 A60

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur A61
Agitation A62

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. ? 1 2 3 A63

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infébrile

3 = VRAI ou présence du symptôme

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous aviez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

? 1 2 3

A64

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

Culpabilité inappropriée

A65
A66

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nuï ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A67

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

Indécision

A68
A69

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Aviez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

? 1 2 3

A70

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort

Idées suicidaires

Projet précis de suicide

Tentative de suicide

A71
A72
A73
A74

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

A75

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

	1								

CONTINUER

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à effectuer vos tâches à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

	?	1	2	3

CONTINUER

A76

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infirmatoire 3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique (p.ex., à l'hypothyroïdie).

? 1 3

A77

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE A UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.4.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous (ne souffriez pas d'une maladie physique OU ne preniez pas de médicaments OU ne preniez pas de drogues, [SELON LE CAS]) ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

? = information inappropriée

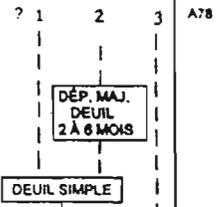
1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infatigable

3 = VRAI ou présence du symptôme

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés par le sujet: en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.



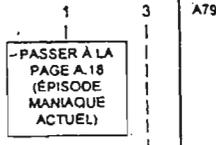
QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous ne veniez pas de perdre un de vos proches ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.



LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".



Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) a commencé ?

Âge de survenue de l'épisode dépressif majeur coté ci-dessus :

— — — A80

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER)

— — — A81

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.9 (FACULTATIF)

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraclinique 3 = VRAI ou présence du symptôme

E. TROUBLES LIÉS À LA PRISE D'UN PSYCHOTROPE

TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL (PASSÉ OU PRÉSENT)

Quelles sont vos habitudes en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées ? (Quelle quantité d'alcool buvrez-vous ?)

Durant toute votre vie, à quelle époque votre consommation d'alcool a-t-elle été le plus élevée ? (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET ET INDICHER À QUELLE ÉPOQUE CELLE-CI A ÉTÉ LE PLUS FORTE.

À ce moment-là...

à quelle fréquence buvrez-vous ? _____

que buvrez-vous ? En quelle quantité ? _____

À ce moment-là...

le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis ?

quelqu'un s'est-il plaint du fait que vous buviez ?

SI UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL SEMBLE PROBABLE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE E.4, DÉPENDANCE À L'ALCOOL.

SI LE SUJET A DÉJÀ BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL LAISSE PERCEVOIR DES SIGNES DE DIFFICULTÉS RELIÉES À SA CONSOMMATION D'ALCOOL, CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE, À LA SECTION INTITULÉE « ABUS D'ALCOOL ».

SI LE SUJET N'A JAMAIS BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL NE LAISSE PERCEVOIR AUCUN SIGNE DE DIFFICULTÉS RELIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

AU MOINS UN DES ITEMS DE A EST COTÉ "3".

1

3

E6

SI TOUTE DÉPENDANCE PHYSIQUE OU TOUT USAGE COMPULSIF DE L'ALCOOL SEMBLE PEU PLAUSIBLE, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL; SINON, CONTINUER AVEC LES QUESTIONS CONCERNANT LA DÉPENDANCE, PAGE E.4.

ABUS D'ALCOOL
CONTINUER
L'INTERROGATOIRE,
PAGE E.4.
DÉPENDANCE À
L'ALCOOL

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intrafamilial

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I/NOR/SCHIZOPHRENIA

<p>Vous a-t-il semblé que vous deviez boire beaucoup plus pour obtenir l'effet recherché que lorsque vous avez commencé à boire ?</p> <p>SI OUI : Combien plus ?</p> <p>SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité d'alcool avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?</p>	<p>(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :</p> <p>(a) besoin de quantités nettement plus importantes d'alcool pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;</p> <p>(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>E12</p>
<p>Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de boire ou de réduire votre consommation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, comme...</p> <p>... de la transpiration ou des palpitations ?</p> <p>... un tremblement des mains ?</p> <p>... des troubles du sommeil ?</p> <p>... des nausées ou des vomissements ?</p> <p>... de l'agitation ?</p> <p>... de l'anxiété ?</p> <p>(Avez-vous eu des crises d'épilepsie, ou avez-vous vu, entendu ou ressenti des choses qui ne se passaient pas vraiment ?)</p>	<p>(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :</p> <p>(a) au moins DEUX des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hyperactivité du système nerveux autonome (p.ex., transpiration, pouls supérieur à 100) - augmentation du tremblement des mains - insomnie - nausées ou vomissements - agitation - anxiété - crises d'épilepsie (grand mal) - illusions ou hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires 	<p>? 1 2 3</p> <p>E13</p>
<p>SINON : Avez-vous déjà commencé la journée en prenant un verre, ou vous est-il souvent arrivé de boire pour éviter de d'être pris(e) de tremblements ou de vous sentir malade ?</p>	<p>(b) prise d'alcool (ou d'une substance de la classe des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>E14</p>

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I/P/FR/000006-01.000

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE OU D'ABUS D'ALCOOL COTÉS *3) ?

Âge de survenue de la dépendance à l'alcool ou de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

E20

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des trente derniers jours ?

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance à l'alcool au cours du dernier mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

? 1 3

E21

SI OUI : Pourriez-vous préciser ? (Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

PASSER À LA PAGE E.8 (TYPES DE REMISSION)

DÉPENDANCE PRÉSENTE

DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES TRENTE DERNIERS JOURS. (Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets de la consommation d'alcool sur la vie sociale et professionnelle du sujet.)

E22

- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui (ou le sujet a répondu aux critères de la dépendance dans le passé et éprouve certaines difficultés à l'heure actuelle).
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

PASSER À LA PAGE E.9. TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infatigable

3 = VRAI ou présence du symptôme

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL OU D'ABUS D'ALCOOL PENDANT AU MOINS UN MOIS.

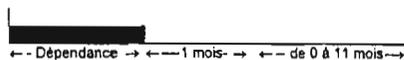
Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution (comportant la prise d'un agoniste) ou s'il vit en milieu supervisé (voir ci-dessous).

Nombre de mois écoulés depuis les dernières difficultés concernant la prise d'alcool : _____

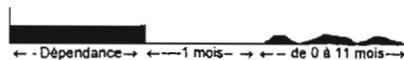
E23

- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.

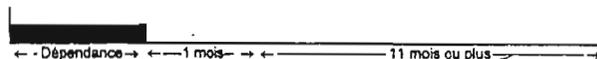
E24



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



Cocher ci-contre : si le sujet suit un traitement de substitution, c'est-à-dire comportant la prise d'un agoniste des récepteurs de la substance envers laquelle il manifeste une dépendance : On lui a prescrit un agoniste (p.ex., Valium) et depuis un mois au moins, il ne répond à aucun critère de dépendance ou d'abus à l'endroit des produits de la classe envers laquelle il manifeste une dépendance (sauf à l'endroit de l'agoniste). Cette catégorie s'applique aussi aux sujets traités par un agoniste partiel ou par une association agoniste - antagoniste.

E25

Cocher ci-contre : si le sujet vit en milieu supervisé, c'est-à-dire où l'accès à l'alcool ou aux autres substances contrôlées est restreint, et s'il ne répond pas aux critères de dépendance ou d'abus d'alcool depuis au moins un mois. Exemples : milieu carcéral hautement supervisé où l'on ne tolère pas l'usage des drogues, communautés thérapeutiques et installations hospitalières sous verrous.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LV4444444444444444

**TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES
QUE L'ALCOOL**
(DÉPENDANCE OU ABUS PASSÉ OU PRÉSENT)

Maintenant, je vais vous interroger au sujet de l'usage
que vous faites des drogues ou des médicaments.

PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE
PSYCHOTROPES.

Avez-vous déjà pris une de ces substances pour
atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou
encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

DÉTERMINER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES ÉNUMÉRÉS À LA PAGE SUIVANTE À L'AIDE DES
LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES CI-DESSOUS.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES :

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISÉ :	Soit (A), soit (B), selon qu'il s'agit d'une drogue illicite ou d'un médicament:
⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE : À quelle époque avez-vous consommé le plus de (NOMMER LA DROGUE) ? (Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par mois ?)	(A) Le sujet a déjà pris la drogue en question plus de 10 fois en l'espace d'un mois.
⇒ S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT: Vous est-il déjà arrivé de ne plus pouvoir vous passer de (NOMMER LE MÉDICAMENT) ou vous est-il déjà arrivé d'en prendre beaucoup plus que la dose recommandée ?	(B) Le sujet a ressenti une dépendance à un médicament OU en a utilisé en quantité supérieure aux doses recommandées.
À LA PAGE E.10, VIS-À-VIS DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES,	
⇒ COTER "1" SI LE SUJET N'A JAMAIS UTILISÉ DE DROGUES DE CETTE CLASSE OU S'IL N'EN A UTILISÉ QU'UNE SEULE FOIS OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT, S'IL A PRIS LA SUBSTANCE CONFORMÉMENT AUX DIRECTIVES.	
⇒ COTER "2" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE DE CETTE CLASSE AU MOINS DEUX FOIS, MAIS À UNE FRÉQUENCE MOINDRE QUE CELLE DÉCRITE EN (A) CI-DESSUS.	
⇒ COTER "3" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE À LA FRÉQUENCE DÉCRITE EN (A) OU S'IL SOUFFRE PROBABLEMENT D'UNE DÉPENDANCE À UN MÉDICAMENT — C'EST-À-DIRE SI LA SITUATION DÉCRITE EN (B) EST VRAIE.	

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraclinique 3 = VRAI ou présence du symptôme

ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ÉCRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE".	INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET.	INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, EN PAGE E.9)				
Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques : Quaalude, Seconal, Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril ou autre : _____	_____	?	1	2	3	E27
Cannabis : marijuana, haschisch, THC ou autre : _____	_____	?	1	2	3	E28
Stimulants : amphétamines, "speed", méthamphétamine ("crystal"), Dexedrine, Ritalin, "ice" ou autre : _____	_____	?	1	2	3	E29
Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid ou autre non précisé : _____	_____	?	1	2	3	E30
Cocaïne : intranasale, I.V., "freebase", "crack", "speedball" ou autre non précisé : _____	_____	?	1	2	3	E31
Hallucinogènes et PCP : LSD, mescaline, peyoti, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, PCP (poudre d'ange), ecstasy, MDA ou autre : _____	_____	?	1	2	3	E32
Autres : stéroïdes anabolisants, "coke", solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), anorexigènes (pilules pour maigrir) ou pilules pour dormir vendus sans ordonnance ou autres non précisés ou non déterminés : _____	_____	?	1	2	3	E33
AU MOINS UNE CATÉGORIE DE DROGUES A ÉTÉ COTÉE "2" OU "3"		1			3	E34

PASSER AU
MODULE SUIVANT

? = information inappropriée	1 = drogue jamais consommée ou consommée une fois seulement	2 = drogue consommée de 2 à 10 fois par mois	3 = drogue consommée plus de 10 fois par mois ou dépendance à un médicament
------------------------------	---	--	---

LVA-01-0100000000-01-000

SI LE SUJET A CONSOMMÉ DES SUBSTANCES D'AU MOINS TROIS CLASSES DIFFÉRENTES ET S'IL SE PEUT QU'IL LES AIT CONSOMMÉES SANS DISCERNEMENT PENDANT UNE CERTAINE PÉRIODE, LUI POSER LA QUESTION SUIVANTE :

Vous m'avez dit que vous aviez déjà fait usage de (NOMMER LES SUBSTANCES) ou d'alcool. Y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez consommé beaucoup de drogues différentes en même temps et où le type de drogue vous importait peu, du moment qu'il vous était possible d'atteindre un état euphorique ?

Pendant une même période de 12 mois, le sujet a consommé de façon répétée des psychotropes d'au moins trois classes différentes (exception faite de la caféine et de la nicotine), sans en privilégier un en particulier, et durant cette période, il a (probablement) répondu aux critères de la dépendance aux psychotropes dans leur ensemble, mais à aucun psychotrope en particulier.

REMARQUE : CHEZ LES SUJETS QUI, À UN MOMENT DONNÉ, ONT CONSOMMÉ PLUSIEURS SUBSTANCES SANS DISCERNEMENT ET QUI, AU COURS D'AUTRES PÉRIODES, EN ONT CONSOMMÉ CERTAINES EN PARTICULIER, EN RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS DES PAGES SUIVANTES, ENERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS LA COLONNE INTITULÉE POLY (POLYTOXICOMANIE) ET DANS LA COLONNE DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES PERTINENTE.

1 2 3 E 35

COTER LA COLONNE INTITULÉE POLY

SI AUCUNE DES CLASSES DE SUBSTANCES DE LA PAGE E.10 N'A ÉTÉ COTÉE "3", C'EST-À-DIRE S'IL Y A DES COTES "2" MAIS AUCUNE COTE "3", PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DES PAGES E.12 À E.17, ENERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS CHACUNE DES COLONNES CORRESPONDANT À UNE CLASSE DE SUBSTANCES COTÉE "3" À LA PAGE E.10.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

Maintenant, je vais vous poser certaines questions précises au sujet de votre consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3").

POUR CHACUNE DES SUBSTANCES COTÉES "3", COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES PAR :

En ce qui concerne votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE COTÉE "3")...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à en prendre, vous en preniez beaucoup plus que vous n'en aviez l'intention ?

SINON : De constater que vous en preniez beaucoup plus longtemps que vous ne l'aviez d'abord prévu ?

REMARQUE : LES CRITÈRES DE DÉPENDANCE NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
(3) Souvent, la substance est consommée en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévu.	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E36	E37	E38	E39	E40	E41	E42	E43

Avez-vous essayé de diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

DANS LE DOUTE : Auriez-vous souhaité arrêter ou diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE)

SI OUI : Cela vous préoccupait-il beaucoup ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation du psychotrope OU il déploie de vains efforts en ce sens.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E44	E45	E46	E47	E48	E49	E50	E51

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Avez-vous passé beaucoup de temps à consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) ou à faire le nécessaire pour vous en procurer ? Est-ce que ça vous prenait beaucoup de temps à revenir à la normale après en avoir consommé ? (Combien de temps ? Plusieurs heures ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer le psychotrope, pour le consommer ou pour se remettre de ses effets.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E52	E53	E54	E55	E56	E57	E58	E59

Vous est-il arrivé de consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation du psychotrope.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E60	E61	E62	E63	E64	E65	E66	E67

? = Information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intrafamilial

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à en prendre malgré tout ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(7) Le sujet continue à consommer la substance tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par celle-ci (p.ex., continue à prendre de la cocaïne malgré la présence d'une dépression qu'il reconnaît comme étant attribuable à la cocaïne).	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?
	E68	E69	E70	E71	E72	E73	E74	E75

Vous a-t-il semblé que vous deviez prendre beaucoup plus de (NOMMER LA SUBSTANCE) pour atteindre un état de bien-être ou d'euphorie que lorsque vous avez commencé ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité de (NOMMER LA SUBSTANCE) avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :								
(a) besoin de quantités nettement plus importantes de la substance pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?
(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.	E76	E77	E78	E79	E80	E81	E82	E83

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

IL SE PEUT QUE LA QUESTION SUIVANTE NE S'APPLIQUE PAS DANS LE CAS DU CANNABIS ET CELUI DES HALLUCINOGENES ET DE LA PCP.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'en réduire les doses, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, autrement dit, cela vous a-t-il rendu(e) malade ?

SI OUI : Quel genre de symptômes avez-vous ressentis ? (CONSULTER LA LISTE DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA PAGE E.16)

SI LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous est-il souvent arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE), après quelques heures ou plus d'abstinence, afin d'éviter d'avoir de tels symptômes ?

Vous est-il arrivé de prendre (NOMMER DES SUBSTANCES DE LA MÊME CLASSE QUE LE PSYCHOTROPE EN QUESTION), lorsque vous éprouviez (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE RESSSENTIS PAR LE SUJET) afin de vous sentir mieux ?

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(a) le syndrome de sevrage caractéristique de la substance en question	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
(b) la prise de la substance en question (ou d'une substance apparentée) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E84	E85	E86	E87	E88	E89	E90	E91

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À DIVERS TYPES DE PSYCHOTROPES
(TIRÉS DES CRITÈRES DU DSM-IV)

On trouvera ci-dessous la liste des symptômes de sevrage à diverses classes de psychotropes dont le syndrome de sevrage a été défini. (REMARQUE : On n'a pas défini de syndrome de sevrage au CANNABIS ainsi qu'aux HALLUCINOGENES et à la PCP.) Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt d'une consommation prolongée d'un psychotrope, en quantités modérées ou fortes, ou encore, par suite d'une diminution de la dose.

SÉDATIFS, HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

Au moins deux des symptômes suivants, pouvant se manifester entre quelques heures et quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes, d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- (1) hyperactivité du système neurovégétatif (p.ex., transpiration, tachycardie [pouls supérieur à 100])
- (2) augmentation du tremblement des mains
- (3) insomnie
- (4) nausées et vomissements
- (5) illusions ou hallucinations visuelles, tactiles ou auditives transitoires
- (6) agitation
- (7) anxiété
- (8) crises d'épilepsie (grand mal)

STIMULANTS ET COCAÏNE

Dysphorie ET au moins deux des modifications physiologiques suivantes, apparaissant quelques heures ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes :

- (1) fatigue
- (2) rêves frappants et pénibles
- (3) insomnie ou hypersomnie
- (4) augmentation de l'appétit
- (5) ralentissement psychomoteur ou agitation

OPIACÉS

Au moins trois des symptômes suivants apparaissant quelques minutes ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée (plusieurs semaines au moins) d'un opiacé, à des doses fortes, ou après l'administration d'un antagoniste d'un opiacé (après une période de consommation d'un opiacé) :

- (1) dysphonie
- (2) nausées ou vomissements
- (3) douleurs musculaires
- (4) larmoiements ou rhinorrhée
- (5) dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- (6) diarrhée
- (7) bâillements
- (8) fièvre
- (9) insomnie

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.12 À E.15) ? Ces manifestations sont-elles toutes survenues à peu près à la même période ?

DÉPENDANCE À UN PSYCHOTROPE : Au moins trois symptômes de dépendance sont cotés "3" ET sont survenus pendant une même période de 12 mois.

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COG.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
3	3	3	3	3	3	3	3
E92	E93	E94	E95	E96	E97	E98	E99

Préciser le type de dépendance :

- Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

3	3	3	3	3	3	3	3
1	1	1	1	1	1	1	1
E100	E101	E102	E103	E104	E105	E106	E107

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "3", PASSER AUX QUESTIONS CONCERNANT LA CHRONOLOGIE, PAGE E.18.

Moins de 3 symptômes de dépendance sont cotés "3".

1	1	1	1	1	1	1	1
E108	E109	E110	E111	E112	E113	E114	E115

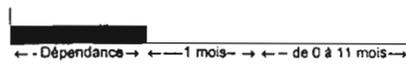
POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "1" CI-DESSUS, PASSER À LA PAGE E.21. ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) ET POSER LES 4 QUESTIONS RELATIVES À L'ABUS.

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

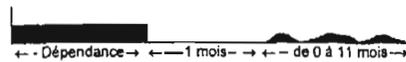
DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE OU D'ABUS PENDANT AU MOINS UN MOIS.

Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution ou s'il vit en milieu supervisé (voir la définition de ces termes en page E.8).

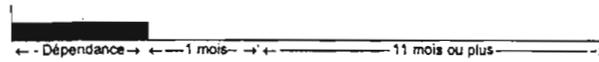
- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



PRÉCISER LE TYPE DE RÉMISSION AU MOYEN DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS.

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
Rémission complète au stade précoce :	1	1	1	1	1	1	1	1
Rémission partielle au stade précoce :	2	2	2	2	2	2	2	2
Rémission complète et soutenue :	3	3	3	3	3	3	3	3
Rémission partielle et soutenue :	4	4	4	4	4	4	4	4
Cocher si le sujet suit un traitement de substitution (prise d'un agoniste) :	—	—	—	—	—	—	—	—
Cocher si le sujet vit dans un milieu supervisé :	—	—	—	—	—	—	—	—
	E140	E141	E142	E143	E144	E145	E146	E147

ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT)

⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "2" À LA PAGE E.10 (C'EST-À-DIRE, POUR LES SUBSTANCES CONSOMMÉES MOINS DE 10 FOIS PAR MOIS), COMMENCER LA PRÉSENTE SECTION PAR LA PHRASE SUIVANTE :

Maintenant, je vais vous poser quelques questions précises concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "2").

⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "3" À LA PAGE E.17, POUR LAQUELLE LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE :

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3" POUR LESQUELLES LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation de psychotropes inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne au moins un des symptômes suivants, survenu durant une période de 12 mois :

Après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), vous est-il souvent arrivé d'être intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication, à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous deviez prendre soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

(1) consommation répétée d'un psychotrope rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'un psychotrope; absences, suspensions ou expulsions de l'école liées à la consommation d'un psychotrope; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage).	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E148	E149	E150	E151	E152	E153	E154	E155

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE), p.ex., avec des membres de votre famille, des amis, ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales concernant le fait que vous preniez de la drogue ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(4) poursuite de la consommation du psychotrope malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par la substance (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E172	E173	E174	E175	E176	E177	E178	E179

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) :	3	3	3	3	3	3	3	3
Au moins un des items de "A" est coté "3".	1	1	1	1	1	1	1	1
	E180	E181	E182	E183	E184	E185	E186	E187

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
POUR LES CLASSES DE PSYCHOTROPES AYANT FAIT L'OBJET D'UN ABUS PASSÉ OU PRÉSENT (C'EST-À-DIRE COTÉES "3" À LA QUESTION PRÉCÉDENTE) :								
Le sujet a éprouvé des symptômes d'abus de la substance au cours des trente derniers jours.	3	3	3	3	3	3	3	3
DANS LE DOUTE : À quand remontent les dernières difficultés éprouvées en ce qui concerne votre prise de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?	1	1	1	1	1	1	1	1
	E188	E189	E190	E191	E192	E193	E194	E195

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intraînement

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ("downers")

Quaalude ("ludes"), Sèconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril

Cannabis

Marijuana, haschisch ("hasch"), THC, "pot", herbe, mari, joint

Stimulants ("uppers")

Amphétamine, "speed", méthamphétamine ("crystal", "ice"), Dexedrine, Ritalin, anorexigènes ("coupe-faim", pilules pour maigrir)

Opiacés

Héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid

Cocaïne

Par prise intranasale ou i.v., "freebase", crack, "speedball"

Hallucinogènes (psychédéliques)

LSD (acide), mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, ecstasy, MDA

PCP

Phencyclidine, poudre d'ange

Autres

Séroïdes anabolisants, "colle", chlorure d'éthyle (fréon), solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), somnifères (pilules pour dormir) et anorexigènes (pilules pour maigrir) en vente libre

...avez-vous eu des nausées, mal au cœur ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée ?	(7) nausée ou gêne abdominale;	?	1	2	3	F10
...vous êtes-vous senti(e) étourdi(e) ou aviez-vous l'impression d'être sur le point de perdre l'équilibre ou de vous évanouir ?	(8) étourdissements ou impression de perdre l'équilibre ou d'être sur le point de s'évanouir;	?	1	2	3	F11
...les choses qui vous entouraient vous ont-elles semblé irréelles ou vous êtes-vous senti détaché(e) de ce qui vous entourait ou d'une partie de vous-même ?	(9) dépersonnalisation ou déréalisation;	?	1	2	3	F12
...avez-vous eu peur de devenir fou (folle) ou de perdre la tête et de commettre un acte irréfléchi ?	(10) peur de perdre la tête ou de sombrer dans la folie;	?	1	2	3	F13
...avez-vous eu peur de mourir ?	(11) peur de mourir;	?	1	2	3	F14
...avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement de certaines parties du corps ?	(12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotement);	?	1	2	3	F15
...avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons ?	(13) bouffées de chaleur ou frissons.	?	1	2	3	F16
	AU MOINS 4 SYMPTÔMES SONT COTÉS "3".	?	1		3	F17

PASSER À LA
PAGE F.8
(ASATP)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE: Combien d'attaques de panique avez-vous eues depuis un mois ?

Le sujet a répondu aux critères du trouble panique au cours du dernier mois, c'est-à-dire qu'il a eu des attaques de panique soudaines et répétées et a fait preuve d'évitement agoraphobique.

? 1 3 F24

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS),

F25

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

F26

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE TROUBLE PANIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de trouble panique : — — —

F27

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE PANIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge avez-vous lors de votre première attaque de panique ?

Âge de survenue du trouble panique (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — F28

PASSER À LA PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraclinical

3 = VRAI ou
présence du symptôme

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE (AŞATP)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET A DÉJÀ RÉPONDU AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE).

Q. n° 5, QUEST. DE SÉLECTION

OUI

NON

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 5 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE).

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI : Vous avez dit que vous avez déjà eu peur de sortir seul(e), d'être dans une foule ou une file d'attente, de prendre l'autobus ou le train...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de sortir seul(e), d'être dans une foule ou une file d'attente, de prendre l'autobus ou le train ?

Que craigniez-vous ?

A. Présence d'agoraphobie :

? 1 2 3

F29

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de symptômes rappelant ceux d'une attaque de panique (p.ex., étourdissements, diarrhée). Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

COCHER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET REDOUTE :

une attaque comportant peu de symptômes (une attaque ressemblant à de la panique, mais comportant moins de quatre symptômes) _____

F30

étourdissement ou chute _____

F31

dépersonnalisation ou déréalisation _____

F32

perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale _____

F33

vomissement _____

F34

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

peur de subir une crise cardiaque _____ F35
 autre (préciser) _____ F36

Évitez-vous ces situations ?

SI NON : Dans ces situations, vous sentez-vous très mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique ?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p.ex., limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marqué ou avec la peur d'éprouver des symptômes évoquant une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné. ? 1 2 3 F37

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique, soit la phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), la phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur), le trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination), l'état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress) et l'angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches). ? 1 2 3 F38

REMARQUE : ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE, SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS SOCIALES PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE, SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES.

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

11/19/99/04/02/000

LES CRITÈRES A(1), A(2) ET A(3) SONT
COTÉS "3".

? 1 3 F39

PASSER À LA
PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

KLUMPTON/GRANDJEAN/FLEBOC

Quelque temps avant la survenue de ce genre de peurs, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

C. Les peurs ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3 F40

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ ÉPROUVÉE PAR LE SUJET ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU A UNE INTOX.
PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B12, porphyrie, tumeurs du S.N.C., troubles vestibulaires et encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

CONTINUER

D. S'il existe une maladie physique concomitante, les peurs décrites en A sont de toute évidence plus prononcées que celles habituellement associées à cette maladie.

? 1 2 3 F41

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant l'apparition de ce genre de peurs, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les peurs ou la conduite d'évitement ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

7 1 3 F
59

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LES PEURS ÉPROUVÉES PAR LE SUJET ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F. 40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.
PASSER À LA PAGE F. 18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B12, porphyrie, tumeurs du S.N.C., troubles vestibulaires et encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

CONTINUER

... de plus, on peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles des peurs éprouvées (p. ex. : trouble panique sans antécédent d'agoraphobie, angoisse de séparation, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde).

7 1 2 3 F
59

PASSER À LA PAGE F. 18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infirmitaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'INTERROGATOIRE TERMINÉ.

H. S'il existe une maladie physique ou un autre trouble mental, la peur décrite en A n'y est pas reliée, p.ex. Il ne s'agit pas de la peur de bégayer ou de trembler (chez un sujet atteint de la maladie de Parkinson) ou de révéler un comportement alimentaire anormal (chez les sujets atteints d'anorexie mentale ou de boulimie).

? 1 2 3 F60

PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NS)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G ET H DE LA PHOBIE SOCIALE SONT COTÉS "3".

? 1 3 F61

PHOBIE SOCIALE

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE.)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SOCIALE

DANS LE DOUTE : Au cours des trente derniers jours, est-ce que cela vous a dérangé de devoir (SITUATION PHOBOGÈNE) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie sociale au cours du mois qui vient de s'écouler.

? 1 3 F62

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F63

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE PHOBIE SOCIALE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie sociale mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie sociale dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de phobie sociale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie sociale : _____

F64

F65

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SOCIALE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (CITER LES SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ?

Âge de survenue de la phobie sociale (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

_____ F66

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraclinique 3 = VRAI ou présence du symptôme

PHOBIE SPÉCIFIQUE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 7 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI NON

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 7 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLEZ PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF).

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 7 : Vous avez dit qu'il y a d'autres choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme les voyages en avion, la vue du sang, les piqûres, les hauteurs, les endroits fermés ou certains animaux ou insectes...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Y a-t-il d'autres choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme les voyages en avion, la vue du sang, les piqûres, les hauteurs, les espaces clos ou certains animaux ou insectes ?

A. Le sujet éprouve une peur marquée et persistante, excessive et irrationnelle, suscitée par la vue d'un objet ou l'anticipation d'une situation en particulier (p. ex., déplacements en avion, hauteurs, animaux, injections, vue du sang).

? 1 2 3 F67

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

Expliquez-moi en quoi consistent vos peurs.

Que craignez-vous qu'il se produise quand vous (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

Avez-vous toujours ressenti de la peur quand (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

B. L'exposition au(x) stimulus(l) phobogène(s) provoque, de façon quasi systématique, une réaction anxiieuse immédiate, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par la situation dans laquelle se trouve le sujet. Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises ou une attitude figée ou l'enfant peut avoir tendance à s'accrocher à quelqu'un d'autre.

? 1 2 3 F68

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION APRÈS AVOIR TERMINÉ LES SECTIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF.

G. On peut écarter les autres troubles mentaux ? 1 2 3 F73
 comme causes possibles de l'anxiété, des attaques de panique ou de l'évitement phobique associés à un objet ou à une situation en particulier; soit, le trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., peur de la contamination), l'état de stress post-traumatique (p.ex., évitement des stimuli associés à un grave facteur de stress), l'anxiété de séparation (p.ex., évitement de l'école), la phobie sociale (p.ex., évitement de certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), le trouble panique avec agoraphobie ou l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F ET G DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SONT COTÉS "3". 1 3 F74

PHOBIE SPÉCIFIQUE
 PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

COCHER LE TYPE DE PHOBIE :
 (Cocher tous ceux qui s'appliquent)

- Phobie de certains animaux (y compris des insectes) — F75
 - Phobie liée à l'environnement (orages, hauteurs, eau) — F76
 - Phobie liée au sang, aux plaies ou aux piqûres (y compris la vue du sang ou d'une plaie ou la peur des injections ou des interventions invasives) — F77
 - Phobie liée à une situation spécifique (transports en commun, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages en avion, conduite automobile, espaces clos) — F78
 - Autres types de phobie (p. ex., peur de situations au cours desquelles le sujet pourrait s'étouffer, vomir ou contracter une maladie) — F79
- Préciser: _____

7 = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraclinical 3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, la peur de (PRÉCISER) vous a-t-elle dérangé(e) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie spécifique au cours du mois qui vient de s'écouler.

? 1 3 F80

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie spécifique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie spécifique dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de phobie spécifique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie spécifique :

— — — F83

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (CITER LES SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ?

Âge de survenue de la phobie spécifique (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — F84

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intralimitaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 8 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI NON

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 8 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLEZ PASSER À LA PAGE F.23 (COMPULSIONS).

PASSER À LA PAGE F.23 (COMPULSIONS)

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 8 : Vous avez dit que vous avez déjà eu des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser...

A. Soit des obsessions ou des compulsions. Obsessions, définies par les critères (1), (2), (3) et (4) :

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser ?

(1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui, à un moment ou à un autre sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet, sont éprouvées comme étant absurdes et lui causent beaucoup d'anxiété et de détresse.

(Quelles sortes de pensées ?)

SI LE SUJET N'EST PAS CERTAIN D'AVOIR COMPRIS LA QUESTION : Par exemple, avoir l'idée de faire du mal à quelqu'un, même si vous ne le voulez pas vraiment ou être obsédé par la peur des microbes ou de la saleté.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant des difficultés de la réalité vécue.

Quand vous aviez ces pensées, vous efforiez-vous de les chasser de votre esprit ? (Comment faisiez-vous?)

(3) Le sujet essaie d'ignorer ou de réprimer ces pensées ou de les neutraliser par d'autres pensées ou d'autres actions.

DANS LE DOUTE : D'où vous venaient ces pensées obsédantes, à votre avis ?

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, les impulsions ou les représentations obsédantes sont le produit de ses propres pensées, qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur, comme dans certaines idées délirantes.

? 1 2 3 F85

? 1 2 3 F86

? 1 2 3 F87

? 1 2 3 F88

OBSESSIONS

PAS D'OBSESSIONS
PASSER À LA PAGE
SUIVANTE

INDIQUER EN QUOI CONSISTENT LA OU LES OBSESSIONS :

? = Information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraclinique 3 = VRAI ou présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'ENTREVUE TERMINÉE.

D. En présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession ou de la compulsion ne se résume pas à celui de l'autre trouble (p.ex., obsessions de la nourriture, en cas de trouble de l'alimentation, ou de la drogue, en cas de trouble lié à l'utilisation de psychotropes, obsessions concernant l'apparence, en cas de dysmorphophobie; peur obsédante d'avoir une maladie grave, en cas d'hypocondrie; sentiment de culpabilité obsédant, en cas d'épisode dépressif majeur ou compulsion à s'arracher les cheveux, en cas de trichotillomanie).

7 1 2 3 F95

PASSER À LA PAGE F.28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Lorsque votre (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, preniez-vous des médicaments ou de la drogue ?

E. L'obsession ou la compulsion n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

7 1 3 F96

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'OBSESSION OU LA COMPULSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX. PASSER À LA PAGE F.28 (ESPT)

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

Lorsque votre (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, souffriez-vous d'une maladie physique ?

Exemples de maladie physique : certaines tumeurs du S.N.C.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par un psychotrope (cocaïne, amphétamines).

CONTINUER

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

<p>DANS LE DOUTE: Durant les trente derniers jours, le fait de (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) a-t-il eu des répercussions sur votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?</p>	<p>Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères du trouble obsessionnel compulsif.</p>	<p>?</p>	<p>1</p>	<p>3</p>	<p>F99</p>
---	---	----------	----------	----------	------------

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

<p>Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF) pour la dernière fois ?</p>	<p>Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de trouble obsessionnel-compulsif : ___ ___ ___</p>	<p>F101</p>
--	---	-------------

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

<p>QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) ?</p>	<p>Âge de survenue du trouble obsessionnel-compulsif (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 00)</p>	<p>___ ___ F102</p>
--	---	---------------------

PASSER À LA PAGE F.28 (ÉSPT)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminéaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET EST UN SCHIZOPHRÈNE EN PHASE RÉSIDUELLE, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

Q. n° 10 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI NON

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 10 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 10 : Vous avez dit que pendant les six derniers mois, vous avez ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Au cours des six derniers mois, avez-vous ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété ?

Vous inquiétez-vous aussi beaucoup au sujet des événements fâcheux qui pourraient survenir ?

SI OUI : De quoi vous inquiétez-vous (À quel point) ?

Pendant les six derniers mois, diriez-vous que vous vous êtes fait du mauvais sang plus d'un jour sur deux ?

Quand vous vous inquiétez de la sorte, trouvez-vous difficile de vous arrêter ?

A. Anxiété et soucis excessifs (appréhension) pendant six mois ou plus et plus d'une journée sur deux, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou le rendement scolaire).

? 1 2 3 F135

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

B. Le sujet a de la difficulté à maîtriser son inquiétude.

? 1 2 3 F136

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

Quand avez-vous commencé à vous inquiéter ? (COMPARER LA RÉPONSE DU SUJET AVEC CELLE DONNÉE CONCERNANT LA SURVENUE D'UN TROUBLE DE L'HUMEUR OU D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE.)

F(2). Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble thymique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

? 1 2 3 F137

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminale

3 = VRAI ou présence du symptôme

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant des symptômes qui accompagnent souvent la nervosité.

Lorsque vous avez ressenti de la nervosité ou de l'anxiété, au cours des six derniers mois...

C. L'anxiété et la nervosité s'accompagnent d'au moins trois des six symptômes suivants (certains symptômes s'étant manifestés plus d'un jour sur deux au cours des six derniers mois) :

- ...vous sentiez-vous souvent agité(e) — aviez-vous de la difficulté à rester en place ? (1) agitation ou impression d'être survolté ou à bout; ? 1 2 3 F138
- ...vous sentiez-vous survolté(e) ou à bout (2) fatigabilité; ? 1 2 3 F139
- ...vous fatigiez-vous facilement ? (3) difficultés de concentration ou trous de mémoire; ? 1 2 3 F140
- ...aviez-vous de la difficulté à vous concentrer ou aviez-vous des trous de mémoire ? (4) irritabilité; ? 1 2 3 F141
- ...étiez-vous souvent irritable ? (5) tension musculaire; ? 1 2 3 F142
- ...aviez-vous souvent les muscles tendus ? (6) troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu ou agité et non réparateur). ? 1 2 3 F143
- ...aviez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ?

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES DÉCRITS EN C SONT COTÉS "3"

1 3 F144

PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

D. L'anxiété ou les soucis ne portent pas uniquement sur des éléments liés à un autre trouble de l'axe I, p.ex., peur d'être embarrassé en public (comme dans la phobie sociale), peur de la contamination (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), peur de s'éloigner de la maison ou de sa famille (comme dans l'angoisse de séparation), peur de perdre du poids (comme dans l'anorexie) ou d'être atteint d'une maladie grave (comme dans l'hypocondrie), et ils ne sont pas associés à un état de stress post-traumatique.

1 3 F145

PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme intraliminale 3 = VRAI ou présence du symptôme

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SONT COTÉS "3".



? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraclinique 3 = VRAI ou présence du symptôme

LINE 01-01-01-01-01

CHRONOLOGIE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

F149

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (MENTIONNER LES SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET)?

Âge de survenue de l'anxiété généralisée (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F150

PASSER AU MODULE
SUIVANT? = information
inappropriée1 = FAUX ou
absence du symptôme2 = symptôme
infraliminaire3 = VRAI ou
présence du symptôme

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, D. A., & Wells, A. (1991). Reactions of police officers to body-handling after a major disaster: A before-and-after comparison. *British Journal of Psychiatry*, *159*, 547-555.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4ème édition). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrew, M.E., McCanlies, E.C., Burchfiel, C.M., Charles, L.E., Hartley, T.A., Fekedulegn, D., et al. (2008). Hardiness and psychological distress in a cohort of police officers. *International Journal of Emergency Mental Health*, *10*(2), 137-148.
- Andrews, B., Brewin, C.R., & Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, *16*, 421-427.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(1), 69-73.
- Arata, C. M., & Burkhart, B. R. (1996). Post-traumatic stress disorder among college student victims of acquaintance assault. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, *8*(1-2), 79-92.
- Asmundson, G.J.G., & Stapleton, J.A. (2008). Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers. *Cognitive Behaviour Therapy*, *37*(2), 66-75.
- Astin, M. C., Lawrence, K. J., & Foy, D. W. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims*, *8*(1), 17-28.

- Bartone, P.T. (1995, July). *A Short Hardiness Scale*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Society, New York.
- Bartone, P.T. (1999). Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, *51*, 72-82.
- Bartone, P. T. (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War. In J.M. Violanti, D. Paton, & C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 115-133). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Bartone, P.T. (2003). Hardiness as a resiliency resource under high stress conditions. In D. Paton, J.M. Violanti, & L.M. Smith (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 59-73). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Bartone, P.T., Ursano, R.J., Wright, K.M., & Ingraham, L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*(6), 317-328.
- Başoğlu, M., Mineka, S., Paker, M., Aker, T., Livanou, M., & Gök, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine*, *27*, 1421-1433.
- Benight, C. C., & Harper, M. L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress*, *15*(3), 177-186.
- Bennett, P., Owen, R.L., Koutsakis, S., & Bisson, J. (2002). Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology & Health*, *17*(4), 489-500.
- Berman, S.L., Kurtines, W.M., Silverman, W.K., & Serafini, L.T. (1996). The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, *66*(3), 329-336.
- Bernat, J.A., Ronfeldt, H.M., Calhoun, K.S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(4), 645-664.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., et al. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, *20*(2), 145-151.

- Birmes, P.J., Brunet, A., Coppin-Calmes, D., Arbus, C., Coppin, D., Charlet, J-P. et al. (2005). Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victims of an industrial disaster. *Psychiatric Services*, 56(1), 93-95.
- Birmes, P.J., Daubisse, L., & Brunet, A. (2008, Janvier). Predictors of enduring PTSD after an industrial disaster. [Lettre à l'éditeur]. *Psychiatric Services*, 59(1), p.116
- Blair, R.G. (2000). Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. *Health and Social Work*, 25, 23-30.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression: An analysis of comorbidity. *British Journal of Psychiatry*, 170, 479-482.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bradford, R., & John, A.M. (1991). The psychological effects of disaster work: Implications for disaster planning. *Journal of the Royal Society of Health*, 111, 107-110.
- Breh, D.C., & Seidler, G.H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma and Dissociation*, 8(1), 53-69.
- Bremner, J.D. (2009). Neurobiology of dissociation: A view from the trauma field. In P.F. Dell & J.A. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 329-336). New York: Routledge.
- Bremner, J.D., & Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 37-49.
- Bremner, J.D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., & Charney, D.S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.
- Breslau, N., & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., & Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, *48*, 902-909.
- Breslau, N., Davis, G.C., & Schultz, L.R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 289-294.
- Breslau, N., Lucia, V.C., & Alvarado, G.F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 1238-1245.
- Breslau, N., Lucia, V.C., & Davis, G.C. (2004). Partial PTSD versus full PTSD: An empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine*, *34*, 1205-1214.
- Brewin, C.R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, *156* (3), 360-366.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748-766.
- Brewin, C.R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*(4), 670-686.
- Brewin, C.R., & Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *23*, 339-376.
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2295-2301
- Brillon, P. (2004). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: Guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal: Les Éditions Quebecor.
- Brillon, P., Marchand, A., & Prince, I. (2000, November). *How rape victims perceive the world, others, and themselves: Comparisons with symptomatology*. Poster session presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Brillon, P., Marchand, A., & Stephenson, R. (1996). Conceptualisations étiologiques du trouble de stress post-traumatique: Description et analyse critique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, *1*(1), 1-13.

- Brodsky, H., Joffe, C., Luscombe, G., & Thompson, C. (2004). Vulnerability to post-traumatic stress disorder and psychological morbidity in aged holocaust survivors. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 968-979.
- Brunet, A. (1996). Expositions récurrentes aux événements traumatiques: Inoculation ou vulnérabilité croissante? *Santé mentale au Québec, 21*(1), 145-162.
- Brunet, A., Sergerie, K., & Corbo, V. (2006). Une théorie neurocognitive des processus impliqués dans le développement et la rémission des psychotraumatismes. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 119-136). Montreal, Quebec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C. et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1480-1485.
- Bryant, R.A. (2005). Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. *Journal of Trauma & Dissociation, 6*(2), 5-15.
- Bryant, R.A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 183-191.
- Bryant, R.A. (2009). Is peritraumatic dissociation always pathological. In P.F. Dell & J.A. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 185-195). New York: Routledge.
- Bryant, R.A., & Guthrie, R.M. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 812-815.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., & Nixon, R.V.D. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 489-494.
- Candel, I., & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: A critical review. *Comprehensive Psychiatry, 45*(1), 44-50.
- Carlier, I.V.E. (1999). Finding meaning in police traumas. In J.M. Violanti & D. Paton (Eds.), *Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat* (pp. 227-239). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Gersons, B.P.R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(8), 498-506.

- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., Van Uchelen, A.J., & Gersons, B.P.R. (1998). Disaster-related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine, 14*, 143-148.
- Carlier, I.V.E., Voerman, A.E., & Gersons, B.P.R. (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology, 73*(1), 87-98.
- Carlson, E.B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1548-1551.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry, 155*(5), 620-624.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Cohen, S., Gottlieb, B.H., & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L.G. Underwood, & B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Cutrona, C.E., & Russell, D. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships, 1*, 37-67.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D., Blazer, D.G., & George, L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine, 21*, 713-721.
- Dell, P.F. (2009). Understanding dissociation. In P.F. Dell & J.A. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 709-825). New York: Routledge.
- Dell, P.F., & O'Neil, J.A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.
- DePrince, A.P., & Freyd, J.J. (2007). Trauma-induced dissociation. In M.J. Friedman, T.M. Keane, & P.A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 135-150). New York: Guilford Press.

- Dörfel, D., Rabe, S., & Karl, A. (2008). Coping strategies in daily life as protective and risk factors for post traumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Journal of Loss and Trauma, 13*, 422-440.
- Dufour-Pineault, M. (1997). *Hardiesse cognitive: Traduction française et validation préliminaire d'un instrument de mesure, le 15-item Dispositional Resilience (Hardiness) Scale*. Unpublished master's thesis, Université du Québec à Montréal, Montreal, Quebec, Canada.
- Dyregrov, A., Kristofferson, J., & Gjestad, R. (1996). Voluntary and professional disaster workers: Similarities and differences in reactions. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 541-555.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Elhai, J.D., North, T.C., & Frueh, B.C. (2005). Health service use predictors among trauma survivors: A critical review. *Psychological Services, 2*(1), 3-19.
- Elklit, A., Shevlin, M., Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Factor structure and concurrent validity of the World Assumptions Scale. *Journal of Traumatic Stress, 20*(3), 291-301.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Ersland, S., Weisaeth, L., & Sund, A. (1989). The stress upon rescuers involved in an oil rig disaster: « Alexander L.Kielland »: 1980. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80* (Suppl.355), 38-49.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(420), 28-37.
- Feinauer, L.L., Mitchell, J., Harper, J.M., & Dane, S. (1996). The impact of hardiness and severity of childhood sexual abuse on adult adjustment. *The American Journal of Family Therapy, 24*(3), 206-214.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Best, S., Metzler, T., Delucchi, K., Weiss, D.S., et al. (2006). The relationship between peritraumatic distress and peritraumatic dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(11), 853-858.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Best, S.R., Metzler, T.J., Delucchi, K., Weiss, D.S., et al. (2007). Peritraumatic fear, helplessness and horror and peritraumatic dissociation: Do

physical and cognitive symptoms of panic mediate the relationship between the two? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 39-47.

- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E.B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma: An information-processing approach. In L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 207-224). New York: Plenum Press.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Fontana, A., Schwartz, L.S., & Rosenheck, R. (1997). Posttraumatic stress disorder among female Vietnam veterans: A causal model of etiology. *American Journal of Public Health*, 87(2), 169-175.
- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G.J. et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 637-648.
- Foster, J.D., Kuperminc, G.P., & Price, A.W. (2004). Gender differences in posttraumatic stress and related symptoms among inner-city minority youth exposed to community violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 59-69.
- Friedman, M., & Higson-Smith, C. (2003). Building psychological resilience: Learning from the South African police service. In D. Paton, J.M. Violanti, & L.M. Smith (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 103-118). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Friedman, M.J., Schnurr, P.P., Sengupta, A., Holmes, T., & Ashcraft, M. (2004). The Hawaii Vietnam Veterans Project: Is minority status a risk factor for posttraumatic stress disorder? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(1), 42-50.
- Gabriel, R., Ferrando, L., Sainz Cortón, E., Mingote, C., García-Camba, E., Liria, A.F., & Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry*, 22, 339-346.

- Gersons, B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & van der Kolk, B.A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 333-347.
- Gibbs, M.S. (1989). Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review. *Journal of Traumatic Stress, 2*(4), 489-514.
- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress, and Coping, 18*(4), 351-359.
- Gillock, K.L., Zayfert, C., Hegel, M.T., & Ferguson, R.J. (2005). Posttraumatic stress disorder in primary care: Prevalence and relationships with physical symptoms and medical use. *General Hospital Psychiatry, 27*, 392-399.
- Gold, S.N., & Seibel, S.L. (2009). Treating dissociation: A contextual approach. In P.F. Dell & J.A. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 625-636). New York: Routledge.
- Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., & Lombardo, T.W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment, 11*(4), 330-341.
- Green, M.A., & Berlin, M.A. (1987). Five psychosocial variables related to the existence of post-traumatic stress disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology, 43*(6), 643-649.
- Grégoire, R., Guay, S., Marchand, A., & Dupuis, M.-J. (2009, mars). *Les coûts de la santé associés à l'état de stress post-traumatique*. Communication par affiche présentée au congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Ottawa, Ontario, Canada.
- Grubaugh, A.L., Magruder, K.M., Waldrop, A.E., Elhai, J.D., Knapp, R.G., & Frueh, B.C. (2005). Subthreshold PTSD in primary care: Prevalence, psychiatric disorders, healthcare use, and functional status. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(10), 658-664.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique: Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue québécoise de psychologie, 23*, 165-184.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 327-338.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Marchand, A., & Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma, 4*, 81-88.

- Guay, S., & Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal, Québec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique: Données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention. In S. Guay & A. Marchand (Eds), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 369-384). Montreal, Quebec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Guay, S., & Miller, J.-M. (2000). *Traductions du Perceived Supportive Spouse Behaviors et du Perceived Negative Spouse Behaviors*. Unpublished manuscript.
- Haisch, D.C., & Meyers, L.S. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 20(4), 223-229.
- Halligan, S.L., Michael, T., Clark, D.M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 419-431.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 507-512.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (2002). Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin*, 128(6), 886-902.
- Harvey-Lintz, T., & Tidwell, R. (1997). Effects of the 1992 Los Angeles civil unrest: Post traumatic stress disorder symptomatology among law enforcement officers. *The Social Science Journal*, 34(2), 171-183.
- Hébert, F., Duguay, P., & Massicotte, P. (2003). *Les actes violents en milieu de travail: Des différences selon le sexe*. Présentation au XXVe congrès de l'AQHSST, Trois-Rivières, Québec, Canada.
- Herman, J., Russell, D., & Trocki, K. (1986). Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1293-1296.
- Higgins, G.O'C. (1994). *Resilient adults: Overcoming a cruel past*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Hillenberg, J., & Wolf, K. (1988). Psychological impact of traumatic events: Implications for employee assistance intervention. *Employee Assistance Quarterly*, 4(2), 1-13.

- Hillman, R.G. (1981). The psychopathology of being held hostage. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1193-1197.
- Hodgins, G.A., Creamer, M., & Bell, R. (2001). Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 541-547.
- Holen, A. (1993). The North Sea oil rig disaster. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *The international handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 471-478). New York: Plenum Press.
- Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., Fearon, R.P., Hunter, E.C.M., Frasquilho, F., et al. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Arosen
- Horowitz, M.J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders* (3rd ed.). Northvale, NJ: Jason Arosen.
- Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (2003, juillet). Service d'expertise et de soutien statistique, données compilées à partir du Dépôt de données central et régional (DDCR) de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Jenkins, S.R. (1997). Coping and social support among emergency dispatchers: Hurricane Andrew. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12(1), 201-216.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
- Jovanovic, A.A., Aleksandric, B.V., Dunjic, D., & Todorovic, V.S. (2004). Family hardiness and social support as predictors of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry, Psychology and Law*, 11(2), 263-268.
- Kangas, M., Henry, J.L., & Bryant, R.A. (2005). Predictors of posttraumatic stress disorder following cancer. *Health Psychology*, 24(6), 579-585.
- Kaniasty, K., & Norris, F.H. (1992). Social support and victims of crimes: Matching event, support, and outcome. *American Journal of Community Psychology*, 20, 211-241.

- Kaspersen, M., Matthiesen, S.B., & Gøtestam, K.G. (2003). Social network as a moderator in the relation between trauma exposure and trauma reaction: A survey among UN soldiers and relief workers. *Scandinavian Journal of Psychology, 44*, 415-423.
- Keane, T.M., & Barlow, D.H. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 418-453). New York: Guilford Press.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of *DSM-III-R* psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Khoshaba, D.M., & Maddi, S.R. (2001). *HardiTraining*. Newport Beach, CA: Hardiness Institute.
- Kilpatrick, D.G., & Resnick, H.S. (1993). PTSD associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In J. Davidson & E. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in review: Recent research and future directions* (pp. 113-143). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Freedy, J.R. (1991). *The Potential Stressful Events Interview*. Unpublished instrument, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1998). Rape, other violence against women, and posttraumatic stress disorder: Critical issues in assessing the adversity-stress-psychopathology relationship. In B.P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress, and psychopathology* (pp. 161-176). New York: Oxford University Press.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J., & Resnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 199-214.

- Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1998). Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse and Neglect*, 22(4), 319-330.
- King, D.W., King, L.A., Foy, D., Keane, T., & Fairbank, J. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 164-170.
- King, D.W., Vogt, D.S., & King, L.A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. In B.T. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 34-64). New York: Guilford Press.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley California firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 888-894.
- Koss, M.P. (1993). Detecting the scope of rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 178-222.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Kubany, E., Haynes, S., Leisen, M., Owens, J., Kaplan, A., Watson, S., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-224.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lane, P.S. (1993-1994). Critical incident stress debriefing for health care workers. *Omega: Journal of Death and Dying*, 28(4), 301-315.
- Layne, C.M., Warren, J.S., Watson, P.J., & Shalev, A.Y. (2007). Risk, vulnerability, resistance, and resilience. In M.J. Friedman, T.M. Keane, & P.A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 497-520). New York: Guilford Press.

- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J.M., van Son, M.J.M., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1138-1151.
- Liberman, A.M., Best, S.R., Metzler, T.J., Fagan, J.A., Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (2002). Routine occupational stress and psychological distress in police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management, 25*(2), 421-439.
- Litz, B.T., & Gray, M.J. (2004). Early intervention for trauma in adults. In B.T. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 87-111). New York: Guilford Press.
- Loo, R. (1986). Post-shooting stress reactions among police officers. *Journal of Human Stress, 12*(1), 27-31.
- Maddi, S.R., & Kobasa, S.C. (1984). *The Hardy Executive*. Homewood, IL: Jones-Irwin.
- Maercker, A., Beauducel, A., & Schutzwohl, M. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 651-660.
- Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E.S., & Margraf, J. (2004). Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry, 184*(6), 482-487.
- Maia, D.B., Marmar, C.R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M.V., et al. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders, 97*(1-3), 241-245.
- Mann, J.P., & Neece, J. (1990). Workers' compensation for law enforcement related post-traumatic stress disorder. *Behavioral Sciences and the Law, 8*, 447-456.
- Manne, S.L., Taylor, K.L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine, 20*, 101-125.
- Manton, M., & Talbot, A. (1990). Crisis intervention after an armed hold up: Guidelines for counsellors. *Journal of Traumatic Stress, 3*(4), 507-522.
- Marchand, A., Bousquet Des Groseilliers, I., & Brunet, A. (2006). Psychotraumatismes: Stratégies d'intervention psychothérapeutique postimmédiate. In S. Guay & A.

- Marchand (Eds), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 165-190). Montreal, Quebec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marciniak, M.D., Lage, M.J., Dunayevich, E., Russell, J.M., Bowman, L., Landbloom, R.P., et al. (2005). The cost of treating anxiety: The medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depression and Anxiety, 21*, 178-184.
- Marmar, C.R. (2006, novembre). *Prospective studies of biological and behavioural predictors of PTSD*. Symposium présenté au congrès annuel de l'International Society for Traumatic Stress Studies. Toronto, Ontario, Canada.
- Marmar, C.R., McCaslin, S., Metzler, T.J., Best, S., Weiss, D.S., Fagan, J., et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. In R. Yehuda (Ed.), *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorders: A decade of progress* (pp. 1-18). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Delucchi, K., Best, S., & Wentworth, M. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 15-22.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Ronfeldt, H.M., & Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress, 9*(1), 63-85.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Kulka, R.A., et al. (1994). Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry, 151*, 902-907.
- Marshall, R.D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E.L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1467-1473.
- Martin, M., Germain, V., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 51-68). Montreal, Quebec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Martin, A., & Marchand, A. (2003). Prediction of posttraumatic stress disorder: Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among french-speaking university students. *Journal of Trauma & Dissociation, 4*(2), 49-63.

- Martin, C.A., McKean, M.H.E., & Veltkamp, L.J. (1986). Post-traumatic stress disorder in police working with victims: A pilot study. *Journal of Police Science and Administration, 14*(2), 98-101.
- Marx, B.P., & Sloan, D.M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 569-583.
- Masten, A.S., & Coatsworth, J.D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 715-752). New York: John Wiley and Sons.
- McCammon, S., Durham, T.W., Allison, E.J., & Williamson, J.E. (1988). Emergency worker's cognitive appraisal and coping with traumatic events. *Journal of Traumatic Stress, 1*(3), 353-372.
- McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Best, S.R., Liberman, A., Weiss, D.S., Fagan, J., et al. (2006). Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 361-373.
- McCaslin, S.E., Rogers, C.E., Metzler, T.J., Best, S.R., Weiss, D.S., Fagan, J.A., et al. (2006). The impact of personal threat on police officers' responses to critical incident stressors. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(8), 591-597.
- McFarlane, A.C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry, 154*, 221-228.
- McIntyre, T.M., & Ventura, M. (2003). Children of war: Psychosocial sequelae of war trauma in Angolan adolescents. In S. Krippner & T.M. McIntyre (Eds.), *The psychological impact of war trauma on civilians: An international perspective. Psychological dimensions to war and peace* (pp. 39-53). Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- McNally, V.J., & Solomon, R.M. (1999). The FBI's critical incident stress management program. *FBI Law Enforcement Bulletin, 68*(2), 20-26.
- Meffert, S.M, Metzler, T.J., Henn-Haase, C., McCaslin, S., Inslicht, S., Chemtob, C., et al. (2008). A prospective study of trait anger and PTSD symptoms in police. *Journal of Traumatic Stress, 21*(4), 410-416.
- Miller, L. (2008). Stress and resilience in law enforcement training and practice. *International Journal of Emergency Mental Health 10*(2), 109-124.
- Mitchell, M. (1999). A current view from the UK on post incident care: "Debriefing", "defusing" and just talking about it. In J.M. Violanti & D. Paton (Eds.), *Police*

Trauma: Psychological aftermath of civilian combat (pp. 255-267). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- Moleman, N., van der Hart, O., & van der Kolk, B.A. (1992). The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(4), 271-272.
- Moos, R. (1990). *Coping Responses Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Center.
- Mueser, K.T., & Butler, R.W. (1987). Auditory hallucination in combat-related chronic posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*, 299-302.
- Murray, J., Ehlers, A., & Mayou, R.A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry, 180*, 363-368.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Wilshire, United Kingdom: Cromwell Press.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.
- Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Rodriguez, F.G., & Rodriguez, J. de J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(4), 646-656.
- O'Toole, B.I., Marshall, R.P., Schureck, R.J., & Dobson, M. (1998). Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*, 21-31.
- O'Toole, B.I., Marshall, R.P., Schureck, R.J., & Dobson, M. (1999). Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress, 12*(4), 625-640.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52-73.
- Panasetis, P., & Bryant, R.A. (2003). Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 16*(6), 563-566.
- Paton, D. (1989). Disasters and helpers: Psychological dynamics and implications for counselling. *Counselling Psychology Quarterly, 2*(3), 303-322.

- Paton, D., Violanti, J.M., Johnston, P., Burke, K.J., Clarke, J., & Keenan, D. (2008). Stress shield: A model of police resiliency. *International Journal of Emergency Mental Health* 10(2), 95-108.
- Paton, D., Violanti, J.M., & Smith, L.M. (2003). *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Pedersen, S.S., & Elklit, A. (1998). Traumatization, psychological defence style, coping, symptomatology, and social support in HIV-positive: A pilot study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39, 55-60.
- Perrin, M.A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1385-1394.
- Pole, N., Best, S.R., Metzler, T., & Marmar, C.R. (2005). Why are Hispanics at greater risk for PTSD? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(2), 144-161.
- Pole, N., Best, S.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Liberman, A.M., Fagan, J.A., et al., (2001). Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 442-448.
- Pollock, C., Paton, D., Smith, L.M., & Violanti, J.M. (2003). Team resilience. In D. Paton, J.M. Violanti, & L.M. Smith (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 74-88). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. Hutchinson: London.
- Regehr, C., Hill, J., & Glancy, G. (2000). Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 333-339.
- Regehr, C., Hill, J., Knott, T., & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19, 189-193.
- Ren, X.S., Skinner, K., Lee, A., & Kazis, L. (1999). Social support, social selection and self-assessed health status: Results from the veterans health study in the United States. *Social Science and Medicine*, 48, 1721-1734.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.

- Richardson, J.D., Naifeh, J.A., & Elhai, J.D. (2007). Posttraumatic stress disorder and associated risk factors in Canadian peacekeeping veterans with health-related disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry, 52*(8), 510-518.
- Robinson, H.M., Sigman, M.R., & Wilson, J.P. (1997). Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychological Reports, 81*, 835-845.
- Rogers, R. (2001). Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) and other Axis I interviews. In R. Rogers (Ed.), *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing* (pp. 103-148). New York: Guilford Press.
- Rolland, J.P. (1994). Caractéristiques métrologiques d'un inventaire de réactions aux situations stressantes: Le C.I.S.S. de Endler et Parker. In M. Huteau (Ed.), *Les techniques psychologiques d'évaluation des personnes* (pp. 924-926). Paris: EAP.
- Ronan, K.R. (1997). The effects of a "benign" disaster: Symptoms of post-traumatic stress in children following a series of volcanic eruptions. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1*(1). Récupéré le 28 février, 2003, à partir de <http://www.massey.ac.nz/~trauma/>.
- Roth, S., Wayland, K., & Woolsey, M. (1990). Victimization history and victim-assailant relationship as factors in recovery from sexual assault. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 169-180.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 455-475.
- Schnurr, P.P., Ford, J.D., Friedman, M.J., Green, B.L., Dain, B.J., & Sengupta, A. (2000). Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 258-268.
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*(2), 85-95.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry, 158*, 594-599.
- Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 107-132). Oxford, England: John Wiley & Sons.

- Seligman, M.E.P., & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, *74*, 1-9.
- Shalev, A., Peri, T., Canetti, M., & Schreiber, P. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *153*(2), 219-225.
- Sharkansky, E.J., King, D.W., King, L.A., Wolfe, J., Erickson, D.J., & Stokes, L.R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(2), 188-197.
- Simeon, D., Greenberg, J., Knutelska, M., Schmeidler, J., & Hollander, E. (2003). Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *American Journal of Psychiatry*, *160*(9), 1702-1705.
- Solomon, Z. (1990). Back to the front: Recent exposure to combat stress and reactivation of posttraumatic stress disorder. In M.E. Wolf & A.D. Mosnaim (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology, and treatment* (pp. 115-124). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Hobfoll, S. (1986). Effects of social support and battle intensity on loneliness and breakdown during combat. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1269-1277.
- Spiegel, D. (1993). Dissociation and trauma. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociative disorders: A clinical review* (pp. 117-131). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Steele, K., Dorahy, M.J., van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2009). Dissociation versus alterations in consciousness: Related but different concepts. In P.F. Dell & J.A. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 155-169). New York: Routledge.
- Stein, M.B., McQuaid, J.R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M.E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, *22*, 261-269.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., & Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, *154*(8), 1114-1119.
- Stephens, C. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand Police: Testing a multidimensional model of organisational traumatic stress. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, *1*, Récupéré le 28 février, 2003, à partir de <http://www.massey.ac.nz/~trauma/>.

- Stephens, C., & Long, N. (2000). Communication with police supervisors and peers as a buffer of work-related traumatic stress. *Journal of Organizational Behavior, 21*(4), 407-424.
- Stephens, C., Long, N., & Flett, R. (1999). Vulnerability to psychological disorder: Previous trauma in police recruits. In J.M. Violanti & D. Paton (Eds.), *Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat* (pp. 65-77). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Stephens, C., & Miller, I. (1998). Traumatic experiences and traumatic stress disorder in the New Zealand police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management, 21*(1), 178-191.
- Sterlini, G.L., & Bryant, R.A. (2002). Hyperarousal and dissociation: A study of novice skydivers. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 431-437.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Bonaventure, M. (2003, November). *Social support and anxiety disorders: A pilot study*. Poster session presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MS.
- Stratton, J.G., Parker, D.A., & Snibbe, J.R. (1984). Post-traumatic stress: Study of police officers involved in shootings. *Psychological Reports, 55*(1), 127-131.
- Sutker, P.B., Davis, J.M., Uddo, M., & Ditta, S.R. (1995). War zone stress, personal resources and PTSD in Persian Gulf War returnees. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 444-452.
- Taft, C.T., Stern, A.S., King, L.A., & King, D.W. (1999). Modeling physical health and functional health status: The role of combat exposure, posttraumatic stress disorder, and personal resource attributes. *Journal of Traumatic Stress, 12*(1), 3-23.
- Taylor, S. (2006). Neurobiology for the cognitive-behavioral therapist. In S. Taylor (Ed.), *Clinician's guide to PTSD* (pp. 56-72). New York: Guilford Press.
- Taylor, A.J., & Frazer, A.G. (1982). The stress of post-disaster body handling and victim identification work. *Journal of Human Stress, 8*(4), 4-12.
- Taylor, S., Wald, J., & Asmundson, G.J.G. (2006). Factors associated with occupational impairment in people seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Community Mental Health, 25*(2), 289-301.
- Tichenor, V., Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., & Ronfeldt, H.M. (1996). The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theater veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 1054-1059.

- Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, *132*(6), 959-992.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Doughty, D.E., Jones, D.E., Jordan, F.B., & Nixon, S.J. (2002). Body handlers after terrorism in Oklahoma City: Predictors of posttraumatic stress and other symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *72*(4), 469-475.
- Ullman, S.E., Filipas, H.H., Townsend, S.M., & Starzynski, L.L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(5), 821-831.
- Ullman, S.E., & Siegel, J.M. (1994). Predictors of exposure to traumatic events and posttraumatic stress sequelae. *Journal of Community Psychology*, *22*, 328-338.
- Vaiva, G., Brunet, A., Lebigot, F., Boss, V., Ducrocq, F., Devos, P., et al. (2003). Fright (effroi) and other peritraumatic responses after serious motor vehicle accident: Prospective influence on acute PTSD development. *Canadian Journal of Psychiatry*, *48*(6), 395-401.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M.H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS: Neuroscience & Therapeutics*, *14*, 171-181.
- Van der Kolk, B.A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, *8*(4), 505-525.
- van der Velden, P.G., & Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 1009-1020.
- Violanti, J.M., & Gehrke, A. (2004). Police trauma encounters: Precursors of compassion fatigue. *International Journal of Emergency Mental Health*, *6*(2), 75-80.
- Vrana, S.R., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, *7*(2), 289-302.
- Waelde, L.C., Silvern, L., Carlson, E., Fairbank, J.A., & Kletter, H. (2009). Dissociation in PTSD. In P.F. Dell & J.A. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 447-456). New York: Routledge.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the

- National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-640.
- Waysman, M., Schwarzwald, J., & Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 531-548.
- Weiss, D., Marmar, C., Metzler, T., & Ronfeldt, H. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361-368.
- Williams, J.L., & Maier, S.F. (1977). Transituational immunization and therapy of learned helplessness in the rat. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 3(3), 240-252.
- Wilson, F.C., Poole, A.D., & Trew, K. (1997). Psychological distress in police officers following critical incidents. *The Irish Journal of Psychology*, 18(3), 321-340.
- Yarvis, J.S., Bordnick, P.S., Spivey, C.A., & Pedlar, D. (2005). Subthreshold PTSD: A comparison of alcohol, depression, and health problems in Canadian peacekeepers with different levels of traumatic stress. *Stress, Trauma, and Crisis*, 8, 195-213.
- Zakin, G., Solomon, Z., & Neria, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences*, 34, 819-829.
- Zeiss, R., & Dickman, H. (1989). Incidence and person-situation correlates of former POWs. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 80-87.
- Zoellner, L.A., Foa, E.B., & Brigidi, B.D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 689-700.