



Université du Québec
à Rimouski

**L'IMPACT DE L'AIDE PSYCHOLOGIQUE SPÉCIALISÉE À LA
SUITE D'UNE EXPOSITION À UN ÉVÉNEMENT
POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE SUR LA SANTÉ
PSYCHOLOGIQUE DES POLICIERS QUÉBÉCOIS**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail
en vue de l'obtention du grade de maitre ès sciences

PAR

© CHRISTINE DESJARDINS

Juin 2018

Composition du jury :

Mélanie Gagnon, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Andrée-Ann Deschênes, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Marc Dussault, examinateur externe, Université du Québec à Trois-Rivières

Dépôt initial le 6 octobre 2017

Dépôt final le 6 juin 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou 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 rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski 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 Rimouski 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.

"Fais de ta vie un rêve et d'un
rêve, une réalité." -- Antoine de Saint
Exupéry

REMERCIEMENTS

Sincères remerciements à ma directrice de mémoire, madame Andrée-Ann Deschênes, qui par sa présence, sa disponibilité, son écoute et ses encouragements m'a permis de m'accomplir personnellement et aussi, professionnellement dans ce projet de recherche ;

À ma fille, Florence, pour ses nombreux sourires, rires et bisous ;

À mes parents et à ma sœur, pour leurs conseils et leur soutien indéfectible ;

À tous mes collègues de travail des Services correctionnels du Bas-Saint-Laurent pour leur appui et leur écoute ;

À tous les participants de ma recherche, policiers et gestionnaires, à travers le Québec, m'ayant donné accès à la sphère émotive de ce type d'emploi ainsi qu'aux différents professionnels rencontrés œuvrant auprès des travailleurs occupant un métier d'urgence ;

Enfin, merci Jason. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi, peu importe où tu es. Un texte de Mary Elizabeth Frye évoque « [...] La mort tu sais, ce n'est rien du tout. Je suis juste passé de l'autre côté. Je suis moi et tu es toi. Quel que soit ce que nous étions l'un pour l'autre avant, nous le resterons toujours [...]. » La vie, dans son imprévisibilité, nous apporte son lot d'adversités. Il faut savoir l'aimer, l'apprécier et en profiter.

AVANT-PROPOS

Dès l'adolescence, je savais que je souhaitais travailler dans le domaine des sciences humaines. Travailleuse sociale de formation depuis 2008, j'exerce le métier d'agente de probation au sein des Services professionnels correctionnels du Bas-Saint-Laurent. J'accompagne les personnes judiciairisées dans leur processus de réinsertion sociale. J'adore ce métier. Certes, je me suis toujours intéressée à la santé psychologique et au bien-être. Ces intérêts marqués ainsi que mon désir manifeste de poursuivre mon cheminement scolaire m'amènent aux études de deuxième cycle dans le domaine de la gestion des personnes. Le milieu de la sécurité publique m'interpelle particulièrement puisque je suis, moi-même, employée au sein de ce ministère. Ainsi, mes fonctions professionnelles me sensibilisent à différents événements, pour certains des plus perturbants. C'est pour ces raisons que j'ai choisi de me concentrer sur le contexte particulier du métier de policier. Travaillant étroitement avec ma clientèle correctionnelle, je suis particulièrement sensible à l'égard des diverses situations dans lesquelles ils se doivent d'intervenir et je suis consciente que celles-ci peuvent s'avérer traumatiques. Ainsi, dans ce contexte, comment parvenir à préserver sa santé psychologique ? Cela me questionne et j'estime que la précarité de leur milieu de travail nécessite d'être étudiée.

RÉSUMÉ

Selon la littérature, le travail du policier est l'un des métiers les plus susceptibles de rencontrer des événements traumatiques (Carlier et Gersons, 1994; Gersons et Carlier, 1992, 1994). Dans le cadre de ce projet de recherche, nous retenons la dénomination « événement potentiellement traumatique » (Josse, 2014). De ce fait, un événement peut s'avérer traumatisant pour une personne et pas pour une autre; il peut être traumatisant aujourd'hui et ne pas l'être demain. Malgré l'importance accordée à la santé au travail et les risques associés au métier de policier, peu d'études empiriques sont répertoriées à ce sujet. Dans ce contexte, cette recherche s'intéresse à l'effet de l'aide psychologique spécialisée (variable indépendante) suivant un événement potentiellement traumatique (variable contrôlée) sur la santé psychologique des policiers. Le modèle théorique de Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie (2011) a été retenu pour définir la variable dépendante composée du bien-être psychologique (BEPT; sérénité, engagement et harmonie sociale) et de la détresse psychologique (DET; anxiété, désengagement et irritabilité). La présente étude prévoit que les policiers ayant eu recours à une aide psychologique spécialisée à la réalité du métier à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique présentent un niveau supérieur de bien-être au travail que ceux n'ayant sollicité aucune aide. Il s'agit d'un devis ex post-facto. Cinq cent cinquante-neuf (559) participants issus du milieu policier provenant de la province de Québec composent l'échantillon. Trois cent quarante et un (341) d'entre eux ont sollicité une aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique. Les résultats soutiennent que le bien-être des participants ayant consulté une aide psychologique spécialisée, peu importe la nature de celle-ci, n'est pas supérieur à ceux qui n'ont pas sollicité une aide psychologique spécialisée. Relativement à l'analyse de l'hypothèse, la technique Test-T pour échantillons indépendants (Independent sample t test) est privilégiée. Les résultats soulèvent que la moyenne du bien-être des participants ayant bénéficié d'une aide psychologique spécialisée, et ce, peu importe la nature, n'est pas supérieure à celle liée à ceux qui n'ont pas sollicité une aide psychologique spécialisée à la suite d'un événement potentiellement traumatique.

Mots clés : Policier, santé psychologique au travail, événement potentiellement traumatique, aide psychologique spécialisée, bien-être au travail, détresse au travail.

ABSTRACT

According to the literature, the work of the police officer is one of the trades most likely to live traumatic events (Carlier and Gersons 1994, Gersons and Carlier, 1992, 1994). As part of this research project, we call the name "potentially traumatic event" (Josse, 2014). As a result, one event can be traumatic for one person and not for another; it can be traumatic today and not be tomorrow. Despite the emphasis on occupational health and the risks associated with policing, there are few empirical studies about this issue. In this context, this research focuses on the effect of specialized psychological assistance (independent variable) on a potentially traumatic event (controlled variable) on the psychological health of police officers. The theoretical model of Gilbert, Dagenais-Desmarais and Savoie (2011) was chosen in this study to define the dependent variable since it constitutes a global construct composed of two distinct axes: psychological well-being and distress psychological. Psychological well-being at work is defined as a subjective experience that combines elements of serenity, commitment and social harmony (Gilbert et al., 2011). Psychological distress at work refers to symptoms such as anxiety-depression, disengagement and irritability-aggression (Gilbert et al., 2011). The present study provides that police officers who have used specialized psychological assistance following an exposure to a potentially traumatic event exhibit a higher level of well-being at work than those who have not receive specialized psychological assistance. This is a quote ex post-facto. Five hundred and fifty-nine (559) participants from the police community from the province of Quebec make up the study's sample. Three hundred and forty-one (341) of them received a specialized psychological assistance following an exposure to a potentially traumatic event. The results argue that the well-being of participants who have received a specialized psychological assistance, no matter of the nature of the psychological assistance, is not higher than those who have not received specialized psychological assistance.

Keywords : Police officer, psychological health at work, potentially traumatic event, specialized psychological assistance, well-being at work, distress at work.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	vii
AVANT-PROPOS.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
TABLE DES MATIÈRES.....	xii
LISTE DES TABLEAUX	xv
LISTE DES FIGURES	xvi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 PROBLEMATIQUE DE SANTE MENTALE	3
1.2 PROFESSION A RISQUE.....	3
1.3 DUALITE DU MANDAT DU TRAVAIL DU POLICIER	5
1.4 SANTE PSYCHOLOGIQUE	6
1.5 CONTEXTE PERSONNEL DU POLICIER.....	7
1.6 MISE EN CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	7
CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE	11
2.1 SANTE PSYCHOLOGIQUE	11
2.1.1 Historique de la santé psychologique au travail	11
2.1.2 La santé psychologique au travail, tel que vu aujourd'hui.....	12

2.2	AIDE PSYCHOLOGIQUE SPECIALISEE.....	15
2.2.1	Historique :	15
2.2.2	Définition de l'aide psychologique spécialisée.....	16
2.2.3	Méthodes appliquées pour les intervenants de première ligne	20
2.3	ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE.....	23
2.3.1	L'évolution de la notion de traumatisme.....	23
2.3.2	L'influence de l'exposition à un événement potentiellement traumatique.....	26
2.3.3	L'événement potentiellement traumatique dans le milieu policier	27
2.4	RECENSION DES ECRITS.....	29
2.5	OBJET DE LA RECHERCHE.....	35
2.5.1	Question de recherche	35
2.5.2	Hypothèses de recherche	35
	CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	39
3.1	DEVIS DE LA RECHERCHE	39
3.2	DEROULEMENT.....	41
3.3	POPULATION A L'ETUDE	41
3.4	INSTRUMENT DE MESURE	46
3.5	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	48
	CHAPITRE 4 RÉSULTATS	49
4.1	ANALYSE DES HYPOTHÈSES	49
	CHAPITRE 5 DISCUSSION.....	54
5.1	RAPPEL DE L'OBJECTIF DU MEMOIRE ET DES HYPOTHESES	54
5.2	DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	55
5.3	LIMITES DE L'ETUDE	60
5.4	APPORTS DE LA RECHERCHE.....	61

5.5 PISTES DE RECHERCHES FUTURES	63
CONCLUSION GÉNÉRALE	65
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
ANNEXE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Représentation du sexe de l'ensemble des participants à l'étude	42
Tableau 2 : Représentation de l'âge de l'ensemble des participants à l'étude	43
Tableau 3 : Représentation du niveau de scolarité de l'ensemble des participants	44
Tableau 4 : Facteurs de catégorisation d'un événement potentiellement traumatique	45
Tableau 5 : Stratégies pour surmonter le traumatisme	46
Tableau 6 : Comparaison des moyennes : bien-être	50
Tableau 7 : Comparaison des moyennes : détresse	50
Tableau 8 : Analyse de variance : bien-être	51
Tableau 9 : Analyse de variance : détresse	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation du modèle hypothétique de l'hypothèse 1 a).....	36
Figure 2 : Représentation du modèle hypothétique de l'hypothèse 1 b).....	37
Figure 3 : Représentation du modèle hypothétique de l'hypothèse 2 a)	37
Figure 4 : Représentation du modèle hypothétique de l'hypothèse 2 b)	38

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Selon l'Institut de la statistique du Québec (mars 2017), on estime qu'un peu plus de la moitié de la population âgée de 15 ans et plus occupe un emploi. Certes, le travail fait partie du quotidien de bon nombre de québécois. Cela soulève un questionnement légitime quant à la portée du milieu de travail sur la vie de l'individu. De fait, la santé psychologique au travail fait partie intégrante des préoccupations des travailleurs dans l'ère d'aujourd'hui, et ce, tous statuts confondus. Lorsque nous faisons référence à une bonne santé mentale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ la définit comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté », estimant « que le stress au travail influe négativement sur la santé psychologique et physique des individus ainsi que sur l'efficacité de l'entreprise ». Il va sans dire que certains environnements de travail et fonctions professionnelles sont plus à risque que d'autres. La présente recherche s'intéresse à la santé psychologique au travail des policiers, métier considéré comme étant l'un des plus dangereux selon le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST, 2014).

Ce mémoire se découpe en cinq volets. Le premier volet présente la problématique à l'étude. Le second définit les différentes variables qui régissent cette recherche soit la santé psychologique, l'aide psychologique spécialisée et l'événement potentiellement traumatique. Il est également composé d'une revue de la littérature ainsi que de l'objectif et de l'hypothèse

¹ <http://www.who.int/fr/>

ciblés par la recherche. Quant au troisième volet, il expose la méthodologie utilisée, l'échantillon ciblé ainsi que les procédures ayant permis d'analyser l'ensemble des données recueillies. Le quatrième volet dévoile les résultats. Enfin, la discussion résume, d'une part, les conclusions qui surgissent de cette étude en répondant à l'hypothèse de recherche préalablement définie. D'autre part, elle s'intéresse aux limites ainsi qu'aux pistes de réflexion futures.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1 PROBLEMATIQUE DE SANTE MENTALE

Un rapport de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) montre que les lésions professionnelles liées aux problèmes de santé mentale ont connu une augmentation de 500 % en dix ans, alors que celles liées aux problèmes physiques ont diminué de près de moitié (CSST, 2002). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001), cinq des dix principales causes de morbidité et d'incapacité au travail dans le monde sont liées à des troubles psychologiques. Au Québec, en 2008, un travailleur sur cinq présentait un niveau de détresse psychologique élevé (Vézina *et al.*, 2011). D'ailleurs, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) affirme que plusieurs travailleurs ont vécu des problématiques de santé mentale dans leur période la plus productive au travail. Les chercheurs avancent que, d'ici 2020, la dépression sera la deuxième cause d'invalidité à l'échelle mondiale, tout juste derrière les maladies cardiaques (IUSMM, 2014).

1.2 PROFESSION A RISQUE

Plusieurs études démontrent que certaines professions sont plus à risque, dans leurs fonctions, d'être touchées par des problématiques d'ordre psychologique comme la détresse psychologique, le stress, les syndromes post-traumatiques, etc. (Carlier et Gersons 1994; Gersons et Carlier, 1992, 1994) dont les métiers du domaine de l'urgence (pompier, policier,

ambulancier, etc.). Par conséquent, ces personnes sont plus sujettes que la population générale à développer un trouble de stress post-traumatique au cours de leur vie (Brillon, 2004; McCammon *et al.*, 1988).

Force est de constater que la sécurité publique s'assure, entre autres, par le travail des policiers. En effet, les forces policières représentent la première ligne d'action, d'intervention publique quant au besoin de contrôle de la criminalité, des situations d'urgence, des atteintes à l'ordre public et des réponses à une large variété de demandes de services provenant de demandes des citoyens. Certes, cela complexifie leur travail considérant la gestion de l'inattendu, du soudain, de l'incontrôlable et de l'imprévisible, multiples facteurs avec lesquels ils doivent composer. Dans le cadre de leurs fonctions de travail, les policiers doivent intervenir rapidement, fréquemment dans l'urgence et souvent, nous pouvons parler de gestes mécaniques ne laissant que très peu de place à l'émotion ressentie par ledit événement rencontré. En plus de ces facteurs opérationnels, le policier compose avec des particularités organisationnelles telles qu'une hiérarchie de type militaire, un horaire de travail irrégulier, le négativisme du public et celui des médias (De Soir, Daubechies et Van den Steene, 2012).

À la lumière de ces constats, il est possible de croire que le travail du policier est l'un des métiers les plus susceptibles de rencontrer des événements potentiellement traumatiques. Agressions, fusillades, accidents, suicides, ce n'est qu'un aperçu des situations pouvant être rencontrées quotidiennement dans ce métier. Suivant un tel événement, pour certains, cela peut entraîner des répercussions considérables sur le plan individuel, mais aussi, professionnel. La position de fragilité dans laquelle ils se retrouvent peut influencer plusieurs sphères de leur vie. L'étude de Komarovskaya *et al.* (2011), réalisée auprès de 400 officiers de police issus de quatre départements de police urbaine aux Etats-Unis, démontre que 68,8 % d'entre eux ont été exposés à au moins un événement où ils ont senti leur propre vie menacée dans les 36 mois suivant la fin de leurs études. De Soir *et al.* (2012) précisent que dans tous les cas, le policier présente des standards moraux et professionnels plus importants

que dans d'autres professions, comme si leur uniforme leur servait de carapace, d'armure contre toute implication émotionnelle, au risque dès lors de développer le syndrome de John Wayne. Encore aujourd'hui, le "syndrome John Wayne" est tenace. Pour Manolias (1991), « ce syndrome est à la base un mélange de deux façons universelles d'appréhender le travail de police : le détachement et le refus. » La plupart des policiers s'imaginent que le fait d'admettre qu'ils ont des problèmes et de demander de l'aide est un signe de faiblesse. De plus, bien des policiers sont sceptiques quant à la confidentialité des programmes (Brennan *et al.*, 1987).

Il ne faut pas se leurrer, les situations rencontrées sont souvent synonymes de négativisme. En effet, selon Oigny (1990), la société confie à la régulation des policiers les incidents critiques les plus graves, les plus complexes, ceux qui sont chargés d'écarts simultanés par rapport à plusieurs normes aussi diverses que les normes juridiques, éthiques ou morales, mais aussi et surtout aux normes liées au respect de l'intégrité physique et mentale des personnes, de leurs biens, de leur environnement, etc. En vertu de quoi, ces situations sont, plus que toutes autres, génératrices de déstabilisation, d'émotions, voire de souffrances et de douleurs parfois insupportables. Ce métier, encore aujourd'hui, continue de porter violemment atteinte à la santé des travailleurs, provoquant encore trop souvent des incapacités, voire entraînant parfois la mort.

1.3 DUALITE DU MANDAT DU TRAVAIL DU POLICIER

Dans un autre ordre d'idées, certains auteurs évoquent la dualité du mandat du travail du policier. En effet, le policier exerce à la fois deux mandats : le mandat social et le mandat légal. Cette dualité est une réalité à laquelle le policier doit se pallier. Manifestement, cela peut créer des conflits de rôles et des ambiguïtés au travail (Dolan et Schuler, 1995; Duchesneau, 1988; Kroes, 1985). D'autre part, Constant (1984) décrit très bien comment le policier est littéralement coincé entre les attentes qu'il connaît au sujet de son image publique

(efficacité, politesse, considération du citoyen, etc.) et la nécessité de rester en alerte pour parer à une éventuelle agression. Plus encore, Babin (1983) souligne que l'indifférence du public et son manque de respect pour certaines lois le pousse à en vouloir aux policiers qui doivent les faire respecter. D'autres chercheurs se penchent sur l'influence du contexte organisationnel relativement aux propositions de gestion pour faire face aux situations traumatiques. Selon Alexander (2000), le rôle du management et du leadership atténue les effets stressants; l'esprit d'équipe joue également un rôle protecteur lorsque de tels événements surviennent. Manifestement, le style de management a une influence sur la durée et l'impact d'un événement traumatique chez un individu (Alexander et Wells, 1991; Doepal, 1991; Dunning, 1988; Violanti, 1996).

1.4 SANTE PSYCHOLOGIQUE

Dans la société d'aujourd'hui, le rôle du policier est non négligeable. De surcroît, il n'est pas seulement question de rôle, mais aussi de pression sociale envers ce corps de métier en raison de l'image qu'il doit conserver auprès de la population. Ils se doivent d'agir efficacement, et ce, peu importe la situation avec laquelle ils sont confrontés. Les notions d'invulnérabilité et d'invincibilité prennent tout leur sens. Ainsi, les recherches en regard de la santé psychologique au travail des policiers québécois doivent se poursuivre. Les besoins demeurent criants auprès de ce corps de métier. Leur quotidien, soit par la rencontre d'événements potentiellement traumatiques à tous les jours, ne peut être modifié. Toutefois, il faut savoir intervenir efficacement avant, pendant et après une exposition à un événement potentiellement traumatique.

Le rapport de la Commission Corbo (1996) vient corroborer le contexte dans lequel les interventions doivent être réalisées. La police doit assumer le contrôle de la force et assurer le respect des lois ainsi que de protéger les valeurs fondamentales de la société, dont

les droits et libertés de la vie. La mission de contrôle et de protection à relever dans leur mandat est à la fois similaire et contradictoire. Il serait utopique de croire qu'aucun conflit de rôle n'est rencontré. D'autre part, il ne faut pas négliger l'influence du contexte économique actuel traduit par les coupes budgétaires, le manque d'effectif, les heures supplémentaires, etc. Définitivement, ce sont des réalités difficiles avec lesquelles les policiers d'aujourd'hui doivent apprendre à composer.

1.5 CONTEXTE PERSONNEL DU POLICIER

Certes, le métier de policier est un travail difficile qui s'exerce dans un monde complexe. Que le policier ait des soucis financiers, qu'il s'inquiète de la santé de son enfant, des dangers de son métier ou du manque de valorisation, qu'il soit tourmenté par une séparation ou un divorce imminent ou insatisfait de la vie en général et de ses conditions de travail, ces sentiments sont réels et il faut les prendre en considération. Étant donné que les problèmes personnels du policier peuvent nuire à son entourage ou au public, la santé et le bien-être de chaque policier devraient faire l'objet d'une préoccupation particulière de la part de l'ensemble du corps policier et du grand public (Marin, 1991, Comité externe d'examen de la Gendarmerie Royale du Canada – Document 5).

1.6 MISE EN CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La littérature démontre que les intervenants de première ligne sont amenés à vivre des événements potentiellement traumatisants dans le cadre de leurs fonctions professionnelles. Sur le plan législatif, il importe de souligner l'adoption, par le gouvernement du Canada, de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et*

vétérans des Forces canadiennes (2005). Communément appelée la nouvelle Charte des anciens combattants, cette loi représente la réforme la plus exhaustive des avantages accordés aux anciens combattants depuis plus d'un demi-siècle et elle prévoit un ensemble de programmes et de services axés sur le mieux-être, dont un éventail de services spécifiques aux traumatismes liés au stress opérationnel (soutien pastoral, soutien par les pairs, service téléphonique et références, s'il y a lieu) pour les militaires et les anciens combattants.

Par ailleurs, au cours des dernières années, il a été démontré que les policiers et les pompiers peuvent subir un stress post-traumatique au travail (Renck Weisaeth et Skarbo, 2002). En ce sens, Marchand (2007) a réalisé une étude portant sur la santé mentale qui vise à établir quels sont les secteurs d'activités ainsi que les professions les plus à risque au Canada. Les résultats de cette recherche soutiennent que 9,8 % des policiers et des pompiers déclarent avoir un faible niveau de santé mentale, ce qui les place au 3^e rang des emplois ayant le plus haut risque d'avoir un faible niveau de santé mentale (Marchand, 2007). Par ailleurs, l'étude réalisée par Pendleton *et al.* (1989) a tiré comme conclusion que les facteurs de stress vécus chez les policiers sont plus élevés que ceux identifiés par les pompiers. Néanmoins, Brough (2004) a réalisé une étude comparative entre l'ensemble des services d'urgence (pompiers, ambulanciers et policiers) et a conclu que les facteurs de stress identifiés sont comparables entre chaque service d'urgence précédemment identifié.

En se référant à la complexité du travail du policier, force est de soulever la notion de danger qui lui est propre (Territo et Vetter, 1981; Monahan et Famer, 1980). De surcroît, plusieurs auteurs ont désigné le métier de policier comme l'un des plus générateurs de stress (Alexander et Wells, 1991; Duckworth, 1986; Hetherington, 1993). De plus, une analyse tirée des données de la CSST nous informe que les policiers font partie des groupes de travailleurs les plus exposés à des actes violents en milieu de travail (IRSST : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail, 2010). Selon Ponnelle (cité dans Nicolas, V. (1998)) « les contraintes liées au travail quotidien dans les secours et l'assistance

à autrui, à l'organisation du travail, aux difficultés personnelles, etc. placent les intervenants en perpétuel état de résistance ».

Plusieurs éléments viennent appuyer ces constats. En effet, une étude réalisée auprès de 55 officiers de l'Ontario identifie les aspects considérés comme étant les plus stressants : horaire de travail, charge de travail excessive, négocier avec des superviseurs ou des coéquipiers, manque d'appui du public, négocier à la Cour, événements traumatiques, effets d'adversité sur les relations avec la famille et les amis, effets d'adversité sur la santé (manger mal, manque d'exercice, problème de dos, etc.) et négocier avec l'organisation (McCreary et Thompson, 2006). Également, une étude de Robbers et Jenkins (2005) impliquant 76 policiers intervenus sur le site d'un écrasement d'avion sur le Pentagone le 11 septembre 2001 révèle que plus du tiers des policiers souffraient d'état de stress post-traumatique plus de deux ans après les faits. En outre, 26 % (227) des policiers interrogés par questionnaire huit semaines après le passage de l'ouragan Katrina présentent de nombreux symptômes dépressifs et 19 % (170) de nombreux symptômes post-traumatiques (West *et al.*, 2008).

Comme énoncé plus tôt, la nature du travail du policier l'oblige souvent à affronter des situations qui peuvent l'ébranler sérieusement si l'on ne lui fournit pas rapidement l'aide nécessaire. Dans ce contexte, un service d'aide professionnelle prend tout son sens. Bien que les symptômes faisant suite à un traumatisme varient d'une personne à l'autre et que la vulnérabilité puisse être aggravée par les problèmes personnels du policier, une aide spécialisée efficace peut s'avérer très précieuse pour le policier. À cet effet, Wagner (1984) est d'avis que le fait de connaître des émotions d'une grande intensité sous surveillance professionnelle peut être profitable pour le policier, car elle lui fournit une excellente occasion de savoir comment il réagit aux situations de stress. Toutefois, les données sur le succès des programmes existants sont peu abondantes.

De Soir (1999) décrit la réaction des premiers répondants lors d'un événement potentiellement traumatique puisqu'ils doivent, après tout, faire leur travail : « les

intervenants impliqués l'expriment par après comme « *travailler en pilotage automatique* ». Donc, la plupart des opérations pendant les premiers moments d'une intervention traumatisante se font automatiquement, instinctivement, apprises par exercice, avec peu de paroles, dirigées, invraisemblables, irréelles. « Les enfants sont donc souvent des poupées. Les connaissances sont, à ce moment, des étrangers, les blessés et les morts sont déshumanisés en partie via l'humour noir, pour pouvoir garder une certaine distance », De Soir (1999).

Le nombre insuffisant d'études en regard de l'influence de l'aide psychologique spécialisée aux métiers d'urgence suivant un événement potentiellement traumatique revêt toute l'importance de la rédaction de ce mémoire. Ainsi, considérant les coûts humains et sociaux apparentés à cela, il y a lieu de s'intéresser à l'effet de l'aide psychologique spécialisée dispensée aux policiers à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique sur leur santé psychologique au travail afin de prévenir et de diminuer les situations de détresse auprès des policiers québécois. Considérant les enjeux précédemment mentionnés, la présente recherche s'intéresse à l'influence de l'aide psychologique spécialisée sur la santé psychologique du policier à la suite d'un événement potentiellement traumatique.

CHAPITRE 2

CADRE THÉORIQUE

2.1 SANTE PSYCHOLOGIQUE

2.1.1 Historique de la santé psychologique au travail

Les premières préoccupations concernant la santé des travailleurs remontent à l'Antiquité, où sont retrouvées les premières traces de l'observation de maladies spécifiques à certaines professions. C'est seulement en 1946 que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose une définition globale de la santé, regroupant toutes ses dimensions. La santé est alors définie comme un : « *état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Savoie et al., 2010). Par extension, la santé au travail, et plus précisément la santé mentale au travail, repose donc sur ces deux composantes que sont l'absence de souffrance psychologique et la présence d'expériences subjectives positives (Dagenais-Desmarais, 2010).

Brunchon-Schweitzer (2002) mentionne que les chercheurs ont longtemps conceptualisé la santé psychologique comme étant l'absence de maladie (conception unidimensionnelle). Si la santé au travail a longtemps été étudiée de manière incomplète avec l'ignorance de l'aspect mental de la santé des travailleurs, elle fait également l'objet d'un biais de négativité. En effet, la santé au travail a d'abord été définie comme l'absence de maladie ou de handicap lié à l'exercice de l'activité professionnelle. Cette définition renvoie exclusivement aux problématiques de la dégradation et de l'altération de la santé par le travail et non aux possibilités de la construction identitaire ou du développement par le travail

(Lhuillier et Litim, 2009). Longtemps, les croyances ont été que la santé était l'inverse de la maladie. Il était alors déduit que tout individu était en santé lorsqu'il n'était pas malade. Qu'en est-il de la santé mentale, si difficile à percevoir à l'œil nu ? Désormais, la santé psychologique est conçue comme étant non seulement l'absence de maladie, mais aussi la présence d'aspects positifs (Bruchon-Schweitzer, 2002). Le travail exerce un rôle déterminant dans le développement et la construction de l'identité. D'après Debout (2009), la santé est un idéal à atteindre, permettant de maintenir l'équilibre entre les fonctions psychiques et les fonctions physiques de l'individu.

D'un auteur à l'autre, il ne semble pas y avoir de consensus quant à la définition exacte de la santé psychologique (Forest, 2005). Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (2001) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». Dans les écrits scientifiques, la santé psychologique est définie par une grande variété de concepts, allant par exemple de l'estime de soi (Malanchuk et Eccles, 2006) au bien-être subjectif (Lyubomirsky et Dickerhoof, 2006) à la spiritualité (Sperry *et al.*, 2007) ou à l'absence d'épuisement professionnel (Zhang et Zhu, 2008). Le bien-être hédoniste, ou appelé bien-être subjectif, étudie la maximisation du bonheur des individus axé sur la satisfaction des plaisirs et sur les émotions positives au détriment des émotions négatives (Cottraux, 2012).

2.1.2 La santé psychologique au travail, tel que vu aujourd'hui

Désormais, la santé psychologique est conçue comme étant non seulement l'absence de maladie, mais aussi la présence d'aspects positifs (Bruchon-Schweitzer, 2002). Cette conception bidimensionnelle de la santé est maintenant la plus répandue parmi les chercheurs (Achille, 2003a, 2003b; Hobfoll, 1988; Jahoda, 1958; Kelloway et Day, 2005; Keyes, 2003,

2005; OMS, 1946; Warr, 1987). Les auteurs s'accordent généralement pour dire que le bien-être et la détresse psychologique sont les deux principales composantes de la santé psychologique (Forest, 2005; Keyes, 2003; Massé *et al.*, 1998; Ware et Sherbourne, 1992) et ce sont ces deux variables qui sont le plus souvent mesurées dans l'étude de la santé psychologique (cité dans Gilbert, 2009).

Reprenant les termes de l'OMS, Morin (2010) indique que la santé mentale ne correspond pas seulement à l'absence de troubles mentaux, c'est aussi un : « *état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté* ». Selon l'auteure, la santé mentale admet donc deux dimensions : la détresse et le bien-être psychologique. La détresse s'exprime à travers des comportements de colère, d'irritabilité, un sentiment d'anxiété, de l'épuisement, une tendance à se dévaloriser, à s'isoler, à refuser de s'engager. Le bien-être s'exprime, quant à lui, par un sentiment d'équilibre et de vitalité, de valeur, de maîtrise et d'efficacité personnelle. Il se traduit également par la recherche de relations, un besoin de s'engager dans des projets avec autrui, de partager une expérience sociale.

La santé psychologique au travail est devenue, avec le temps, une préoccupation prédominante dans la société contemporaine actuelle. Dans le cadre de cette étude, l'accent est particulièrement mis sur le bien-être psychologique au travail comme dimension positive de la santé psychologique au travail. En s'inscrivant dans le courant de la psychologie positive, le présent travail postule qu'au-delà des aspects négatifs qui peuvent être générés par l'activité professionnelle, le travail ne demeure pas moins central pour l'individu et source de réalisation personnelle. La définition proposée dans cet article insiste sur la dimension positive de la santé et non sur les problèmes de santé. Ainsi, la santé psychologique au travail est définie comme étant la capacité d'un individu à satisfaire ses

besoins psychologiques fondamentaux dans une perspective de mieux-être et d'ajustement au travail, et ce, grâce à des ressources personnelles et organisationnelles (Gilbert, 2009).

En 2009, Gilbert a recensé les différentes définitions qui avaient été proposées pour la détresse psychologique au travail. Selon Gilbert *et al.* (2011), la santé mentale au travail se compose de deux dimensions bipolarisées que sont la détresse psychologique au travail (DPT) et le bien-être psychologique au travail (BEPT). Dans ses travaux, l'auteure met en évidence trois facteurs pour chacune des dimensions de la SPT. Ces facteurs définissent les rapports du travailleur avec soi au travail, avec son travail en tant que tel, et avec son entourage de travail c'est-à-dire à la fois sa hiérarchie, ses collègues, ses clients ou encore ses fournisseurs. Ces trois facteurs s'expriment différemment en fonction des dimensions positives ou négatives de la SPT. En ce qui concerne la dimension positive de la santé psychologique, un individu serait en bonne santé psychologique au travail lorsqu'il aurait le sentiment d'être autonome, compétent tout en ayant des relations interpersonnelles enrichissantes. Ces trois concepts font référence à la théorie de Deci et Ryan (2000) qui stipule que trois besoins psychologiques sont nécessaires à combler afin de se développer de façon optimale et saine : le besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. Plusieurs études montrent que le fait de satisfaire ces besoins est positivement lié à des conséquences souhaitables tels le bien-être et la motivation intrinsèque (Baard, Deci et Ryan, 2004; Deci *et al.*, 2001; Hollebeak et Amorose, 2005; Reis *et al.*, 2000; Sheldon et Elliot, 1999; Sheldon, Ryan et Reis, 1996, cité dans Gilbert, 2009).

Également, selon la documentation scientifique, le climat de travail et la justice organisationnelle sont considérés comme étant deux ressources organisationnelles importantes dans l'étude de la santé psychologique au travail. En effet, ces deux variables semblent pertinentes, car elles peuvent être utilisées comme levier d'action dans les organisations (Gilbert, 2009).

Dans le cadre de cette présente étude, le modèle théorique de Gilbert *et al.* (2011) a été retenu pour définir la variable endogène du modèle hypothétique puisqu'il constitue un construit global composé de deux axes distincts, soit le bien-être psychologique et la détresse psychologique. Le bien-être psychologique au travail se définit comme une expérience subjective jumelant les composantes de sérénité, d'engagement et d'harmonie sociale (Gilbert *et al.*, 2011). La détresse psychologique au travail réfère quant à elle à des symptômes tels que l'anxiété-dépression, le désengagement et l'irritabilité-agressivité (Gilbert *et al.*, 2011). Devant l'ampleur de ces enjeux, il devient important de s'interroger sur les déterminants psychosociaux de la santé psychologique dans le contexte de travail du policier afin de pouvoir éventuellement agir efficacement sur celle-ci. Étant donné que la présente recherche vise à déterminer l'influence de l'aide psychologique spécialisée à la suite d'un événement potentiellement traumatique pour permettre aux policiers de maintenir une bonne santé psychologique, nous ciblerons les deux dimensions; soit le bien-être et la détresse psychologique au travail dans les analyses statistiques afin d'obtenir un portrait plus global.

2.2 AIDE PSYCHOLOGIQUE SPECIALISEE

2.2.1 Historique :

Suivant l'événement marquant de la Deuxième Guerre mondiale, les programmes axés sur l'aide en milieu de travail se sont multipliés. Les dirigeants d'entreprises ont constaté que le fait de venir en aide aux employés qui éprouvent des problèmes était avantageux pour l'entreprise (Stennet-Brewer, 1987). Les années 70 ont apporté d'importants changements aux programmes de soutien en milieu de travail. Le principal changement était de ne plus se centrer sur l'alcoolisme en soi mais de tenter de déceler les déficiences dans le comportement

et la productivité des employés (Masi, 1984). À cette époque, des directives ont vu le jour spécifiquement concernant l'aide aux employés dans leur milieu professionnel. À ce propos, nous pouvons rappeler la *Directive 12-74 concernant les services de premiers soins dans la fonction publique adoptée par la décision du Conseil du trésor du 31 juillet 1974 (C.T. 82785)*. Au cours des vingt-cinq années suivantes, les programmes d'aide aux employés ont connu un essor spectaculaire.

En réponse à cette situation, de nombreux services de police au Canada (Shaer, 1986) mettent sur pied « des programmes visant à aider leurs membres à venir à bout de difficultés personnelles et, finalement, à redevenir des membres efficaces de la communauté policière » (Hodson et Fallon, 1989).

2.2.2 Définition de l'aide psychologique spécialisée

Le facteur humain et l'environnement de la gestion prennent une place non négligeable quant à la sensibilisation à l'utilisation des services dispensés en vue de maintenir une bonne santé psychologique au travail. Malheureusement, force est de constater qu'à la lumière de la littérature, aucune étude ne fait état d'une définition précise en ce qui concerne l'aide psychologique spécialisée. C'est pour cette raison que nous avons composé notre propre définition. De ce fait, à la lumière des lectures réalisées et de la vision théorique de la recherche, la définition de l'aide psychologique spécialisée retenue se définit par un accompagnement professionnel externe pouvant se présenter sous différentes formes (exemples : psychothérapie, médicale, hébergement, etc.) et fréquences, dont un employé peut avoir recours s'il se retrouve aux prises avec des soucis personnels, professionnels ou familiaux ou des problèmes de santé physique ou psychologique qui affectent ou qui sont susceptibles d'affecter son rendement ou son comportement au travail, et ce, dans l'optique du maintien ou de l'amélioration de sa santé psychologique au travail.

L'aide professionnelle peut se recevoir sous différentes formes :

- **Suivi psychologique en pratique privée** : Consultation d'un psychologue, pour un nombre de rencontres définies ou non à l'avance. Le fonctionnement psychologique et la santé mentale seront évalués dans le but de déterminer les interventions ou traitements à prioriser et de procéder à leur mise en application. Le moyen utilisé est un traitement dispensé par le psychologue pour traiter un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. Il existe d'autres interventions qui s'approchent de la psychothérapie, mais qui n'en sont pas : la rencontre d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching et l'intervention de crise (Ordre des Psychologues du Québec, 2017²).
- **Suivi psychosocial** : Consultation auprès d'un travailleur social ou d'un intervenant social pour un nombre de rencontres définies ou non à l'avance. Une analyse contextuelle de la situation sociale de la personne sera réalisée. Le professionnel évalue le fonctionnement social dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui

² <https://www.ordrepsy.qc.ca>

influencent les situations et les problèmes vécus par la personne (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2017³).

- **Suivi psychosocial par un thérapeute conjugal et familial** : Provenant du même ordre professionnel que le travailleur social, le thérapeute conjugal et familial traite dans le but de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales chez l'individu en interaction avec son environnement (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2017).
- **Traitement pharmacologique** : supervisé par le médecin et le pharmacien, le principal objectif des traitements pharmacologiques vise la diminution des symptômes par la prise d'une médication. Certains de ces médicaments sont aussi employés pour exclure le risque. D'autres, en tant que mesures préventives, ont pour but de stopper une diminution supplémentaire de la santé psychologique (Ordre des pharmaciens du Québec, 2017).
- **Suivi médical** : Consultation auprès d'un médecin qui établit le diagnostic, le traitement de toute déficience de la santé d'un être humain. Son action se fonde à la fois sur les sciences biologiques et sur les sciences humaines. L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections. Le médecin peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé. Le traitement complet inclut la réadaptation maximale du patient, la prévention

³ <https://otstcfq.org/>

des rechutes et des maladies et le maintien de la santé (Collège des médecins du Québec, 2017⁴).

- **Suivi psychiatrique** : Consultation auprès d'un médecin psychiatre spécialiste sur les maladies mentales. Il établira un diagnostic basé sur une évaluation complète incluant un examen mental et physique, des analyses de laboratoire, de l'imagerie médicale et une histoire psychosociale détaillée. Une fois le diagnostic posé, le psychiatre peut traiter lui-même la maladie mentale ou coordonner le traitement pour son patient. Dans son coffre à outils, il dispose de différentes psychothérapies, d'un éventail de médicaments, des techniques de neurostimulation et des interventions sociales (Association des médecins psychiatres du Québec, 2017⁵).
- **Service d'écoute, d'éducation, de suivi et d'hébergement** : Utilisation d'un ou de plusieurs des services précédemment identifiés. Par exemple, située à Québec, il y a une maison d'accueil pour intervenants en situation d'urgence, professionnels de la santé et juridiques, leurs proches ou tout autre personne. Les services offerts sont multiples dont l'hébergement, des ateliers psychoéducatifs de groupe, de l'écoute téléphonique ponctuelle et le suivi individuel.
- **Programme d'aide aux employés (P.A.E.), programme de soutien aux employés ou programme d'aide aux personnes** : Dans le cadre de ce mémoire, nous utiliserons l'abréviation P.A.E. pour représenter ce type d'aide. L'entreprise doit adhérer à un P.A.E. L'employé est volontaire et doit faire directement une demande de service à son P.A.E. afin d'initier la démarche d'aide. L'employé consulte un professionnel ciblé au sein de l'équipe de travail et ce dernier l'oriente vers le

⁴ <http://www.cmq.org/>

⁵ <http://ampq.org>

traitement le plus approprié correspondant aux difficultés rencontrées par l'employé. Aussi, le P.A.E. s'implique à la réalisation d'activités préventives et d'éducation, des interventions à court terme, des références et la mise en place des protocoles d'intervention tel que relativement au harcèlement en milieu de travail. Un P.A.E. désigne tout programme systématique et planifié en vue d'assurer une assistance professionnelle aux employés qui éprouvent des problèmes reliés à l'abus d'alcool ou de drogues, qui sont affectés par des troubles d'ordre émotif ou qui traversent une période de crise (matrimoniale, familiale, financière ou légale) dont l'effet est de perturber leur rendement au travail (Savoie, 1989).

- **Debriefing psychologique dans un cadre professionnel** : Entretien structuré mené idéalement dans les 48 à 72 heures et au plus tard dans les 7 jours suivant l'incident critique. Durant cette session, les personnes affectées par un événement potentiellement traumatisant sont invitées à verbaliser leur expérience (Josse, 2013). À ce jour, chaque employeur est responsable du debriefing dispensé à ses employés et le structure à sa façon. Donc, pour le moment, il n'existe aucune uniformité à ce propos.

2.2.3 Méthodes appliquées pour les intervenants de première ligne

Mitchell développe la méthode Critical incident stress debriefing (CISD) au début des années 1980 destinée aux intervenants et secouristes en crise. Ce debriefing permet aux participants de raconter leur expérience, leur ressenti. Alors, mieux informé sur les symptômes, l'individu serait en mesure d'établir une synthèse lui permettant d'être mieux préparé aux événements ultérieurs. L'intervention se réalise de 24 à 72 heures suivant l'événement. C'est dans les années 1990 où des voix se sont levées afin de dénoncer cette méthode qui pouvait mener à aggraver l'impact du traumatisme psychique. Bisson et Deahl

(1994) affirment que le debriefing serait inutile pour les individus bénéficiant d'un réseau social adéquat et supportant. Plus encore, ces auteurs insistent sur la nécessité d'un suivi après le debriefing afin de faciliter l'identification des personnes développant des séquelles psychotraumatiques. Rimé (2005) signale que l'efficacité du debriefing repose plus sur des bénéfices subjectifs tels que la satisfaction, le bien-être des participants que sur la prévention des manifestations post-traumatiques. Lange C.C., Lange, J.T. et Cabaltica (2000) rappellent l'absence d'études à long terme démontrant son efficacité dans la prévention de l'ESPT. Une étude réalisée par Rose *et al.* (2003), citée dans De Soir *et al.* (2012), relève l'inefficacité d'une seule séance individuelle de debriefing dans la réduction du niveau de détresse psychologique après un événement traumatogène. De surcroît, De Clercq et Lebigot (2001) rapportent que cette intervention doit être pratiquée par un professionnel possédant le savoir préalable sur les mécanismes psychopathologiques du traumatisme et l'expérience du soin en psychiatrie. En effet, une des principales critiques posées à l'endroit du debriefing concerne l'hypothèse d'un risque de retraumatisation des personnes à la suite de l'écoute des témoignages d'autrui (Bousquet Des Groseillers, Marchand et Brunet, 2006; Violanti, 2001). Selon Crocq (1999), le debriefing est une première procédure thérapeutique qui devrait être poursuivie, dans un second temps, par des thérapies individuelles.

Dans un autre ordre d'idées, certains spécialistes (Bisson *et al.*, 1997; Mayou, Ehlers et Hobbs, 2000) s'entendent pour dire que le débriefing psychologique prodigué en mode individuel rapporte même des effets négatifs. L'investigation au niveau de l'efficacité du débriefing en groupe et en individuel demeure à étudier afin de conclure avec des résultats plus exhaustifs. L'absence d'uniformisation de cette pratique est palpable. Ainsi, l'efficacité du débriefing est difficile à examiner non seulement à cause des différences méthodologiques entre les études, mais aussi en raison des différences dans la façon de le pratiquer.

Selon Nehme, Ducrocq et Vaiva (2004), le nombre d'études évaluant l'efficacité des interventions post-immédiates dans la prévention des symptômes psychotraumatiques et

comportant un minimum de rigueur méthodologique demeurent limitées. Par ailleurs, bon nombre d'auteurs rapportent qu'un programme établi de collègues-conseillers (*peer-counselling*) pourrait être utile et avoir des répercussions très positives pour les employés qui l'utilisent (Brown et Campbell, 1994; Dolan, 1989; Duchesneau, 1988; Territo et Vetter, 1981; Farmer et Monahan, 1980).

Besner (1985), un psychologue du secteur privé qui a été conseiller auprès des policiers et de leur famille pendant plusieurs années, affirme qu'un programme d'aide aux employés peut être avantageux pour un service de police sous bien des aspects. En effet, son utilité est reconnue, entre autres, par le soutien qui est offert à l'employé en difficulté à titre de moyen de prévention et d'intervention, la mise en place de méthodes de dépistage et la formation de cadres capables de reconnaître les employés en difficulté, le développement de programmes d'aide, l'offre de séances de formation sur les problèmes qui ont trait ou non au travail et la facilité d'accès pour l'employé à l'aide dont il a besoin. Malheureusement, ces programmes sont parfois difficiles à implanter en milieu policier, et ce, pour différentes raisons. Les services de police ont une structure quasi militaire et constituent souvent une "société fermée" (BNA, 1987).

De surcroît, Pierre (1985) déplore que le programme d'aide aux employés (P.A.E.) aide les personnes en difficulté tout en mettant l'accent sur le bien-être physique, et ce, en oubliant le développement des habiletés permettant d'atteindre cet état de bien-être. Cet auteur fait état de l'importance d'offrir un support structuré et spécifique, dépendamment des situations tout en n'oubliant pas l'aspect préventif. Le *Los Angeles Police Department* a été le premier service de police en Amérique du Nord à créer un programme intégré d'entraide complètement financé par le service et faisant appel à l'ensemble des employés réguliers, policiers et civils (Capps, 1984). Au Canada, relativement à l'existence de programmes d'aide ciblant les forces policières, il en existe quelques-uns tels que la *Fraternité des policiers et*

policières de Montréal (Ligne 280-BLEU) ou la maison d'hébergement pour les métiers d'urgence ayant comme mandat d'offrir un soutien pour les premiers répondants.

2.3 ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE

2.3.1 L'évolution de la notion de traumatisme

Depuis les années 1880, l'intérêt pour la notion de traumatisme est présent chez les chercheurs et les praticiens. Nonobstant cela, les premiers témoignages de réactions post-traumatiques remontent à deux mille ans avant Jésus-Christ. Au 19^e siècle sont apparues les premières hypothèses étiologiques au sujet de la notion de trauma. D'année en année, plusieurs auteurs se sont intéressés à ce concept tel que Janet (1889) et Breuer (1895). En 1895, Freud s'est joint à la définition de ce concept. Ce dernier orientait sa terminologie vers une conception où la réalité du traumatisme importe peu dans la mesure où le fantasme lui-même peut avoir un pouvoir tout aussi traumatogène qu'un événement réel quand il ne peut être contenu par les processus psychiques. Freud (1895) désignait la souvenance brute de l'événement par le terme platonicien de « *réminiscence* », terme adéquat que Janet (1889) n'avait pas su trouver. La Première Guerre mondiale et la Deuxième Guerre mondiale ont été des événements ayant accentué l'importance accordée à cette notion ainsi que conduit à la reconnaissance du traumatisme.

Pour certains auteurs, la conception du vécu traumatique désigne un sentiment d'effroi, de détresse intense, de débordement affectif qui peut mener jusqu'à la désorientation. Le trauma est dépeint alors comme étant une rencontre brutale, soudaine avec un événement qui conduit à la perception d'un danger imminent accompagné d'un sentiment d'impuissance. Parmi les chercheurs, certains précisent que les traumas issus de la main de l'homme, particulièrement les actes de violence interpersonnelle, sont perçus comme les plus

traumatisants (Bragdon R. A. *et al.*, 2000; Breslau *et al.*, 1991). En effet, cela serait expliqué puisque ce type d'événement ébranle généralement les individus dans leurs conceptions les plus fondamentales sur le monde et la nature humaine. L'aspect intentionnel et arbitraire de ce type de trauma est plus susceptible de déclencher des symptômes d'état de stress post-traumatiques (Brillon, 2004).

Lebigot (1997) a défini l'événement traumatique comme étant une rencontre avec le réel de la mort, que ce soit avec soi ou chez autrui. En effet, le fait de vivre une situation traumatisante c'est faire face à la mort ou à toute forme de violence pouvant y mener au-delà de toute représentation, que ce soit sa propre mort (avoir un accident) ou celle d'autrui (être témoin d'un accident). C'est dans cette rencontre que la notion traumatisme psychique existe et prend forme. Selon cet auteur, l'effet serait comparable dans les deux cas.

Crocq (1999) a proposé d'utiliser le vocable d'événement potentiellement traumatisant pour des victimes qui ont réellement vécu cet événement sur le mode du trauma, et pour des rescapés qui, exposés au même événement, y ont réagi par un stress adaptatif et sans séquelles. En effet, un événement traumatique ne mène pas nécessairement à des réactions post-traumatiques. Un incident critique ou un événement majeur, tel qu'utilisé dans le jargon policier, est également considéré comme un événement de nature potentiellement traumatique.

Cité dans Leclercq (2008), selon l'approche humaniste, Carlson et Dalenberg (2000) déterminent que trois éléments sont nécessaires pour faire qu'un événement soit traumatisant : l'aspect soudain de l'événement, le manque de contrôle quant à ce dernier et une ambivalence extrême négative de la personne vivant cet événement. Dans une conception cognitive et comportementale, le DSM-IV (1996) définit l'événement traumatique (cf. critère A, annexe 1) comme la « mort, la menace de mort ou de grave blessure, ou portant sur intégrité physique de soi ou d'autrui » et impliquant une « réaction avec une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. »

Dans une perspective psychanalytique, un événement traumatique est ce qui vient faire irruption dans l'existence comme moment propulsif dans la temporalité et face à la révélation du réel brut (De Clercq et Dubois, 2001). Pour ces auteurs, la preuve de la nature traumatique d'un événement ne peut se faire qu'après coup, par la venue de syndrome de répétition traumatique. C'est ainsi la venue de ce syndrome qui permettra de dire et de comprendre que l'événement est traumatique, lorsqu'il est accompagné d'une rencontre avec le réel de la mort qui se répète dans des cauchemars, dans les reviviscences diurnes sans que le sujet puisse s'y opposer. Cela peut se refléter dans les comportements au quotidien soit par l'évitement d'un lieu, la présence d'une image ou d'une odeur qui nous remémore l'incident.

Quant à Mitchell et Resnick (1981), ils le définissent en tant que : « toute situation ayant causé une émotion particulière et significative et qui a le potentiel d'influencer mon fonctionnement par la suite ». Les événements traumatiques sont donc à considérer comme des événements incluant une certaine imprévisibilité engendrant des réactions émotionnelles qui peuvent venir déstabiliser les bonnes pratiques d'un intervenant.

Au-delà de ces définitions, il s'avère important de noter que l'incident traumatique peut toucher un sujet directement ou indirectement selon que ce soit sa vie ou celle de l'autre qui est en danger (Briole, 2005). La rencontre traumatique peut même se faire à l'insu du sujet. En effet, ce qui est traumatique pour les uns ne l'est pas forcément pour les autres. C'est pour cette raison que les facteurs pré-traumatiques sont non négligeables puisqu'ils orientent, à certains égards, nos réactions. Par-là, les notions de perception et d'individualité prennent tout leur sens.

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous retenons la dénomination « événement potentiellement traumatisant » (Josse, 2014) puisque nous sommes d'avis que l'impact traumatique est vécu différemment pour chaque individu concerné. Ce n'est pas la nature de l'événement qui sera évaluée, mais la perception que la personne a eue de cet incident. En effet, un événement peut s'avérer traumatisant pour une personne et pas pour une autre; il

peut être traumatisant aujourd'hui et ne pas l'être demain. La notion de potentiel traumatique évoque davantage un sens pour le vécu des policiers, propre à chacun d'entre eux.

À la lumière de la littérature, un événement traumatique se caractérise par le fait d'être confronté directement à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée. Cet événement est arrivé soudainement, de façon intense, imprévisible et incontrôlable. Il a provoqué une vive réaction, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Josse (2014) identifie trois catégories d'événements traumatogènes soit les actes intentionnels (agressions physiques, viols, agressions sexuelles, vols, etc.), les événements accidentels (accidents routiers, incendies, etc.) et les catastrophes naturelles (séismes, tsunamis, etc.). Ils peuvent influencer différentes sphères soit personnelle, organisationnelle ou socio-économique.

2.3.2 L'influence de l'exposition à un événement potentiellement traumatique

La pensée populaire exprime deux visions opposées quant au destin de ceux qui ont été exposés à un événement traumatique. Le premier point de vue stipule que « ce qui ne tue pas rend plus fort », tandis que le second affirme qu'un « chat échaudé craint l'eau froide », selon les besoins de la cause. Selon Breslau *et al.*, (1998), près de 90 % des Américains ont vécu un événement traumatique au cours de leur vie (accident de voiture, agression physique ou sexuelle, vol qualifié, prise d'otages, accident de travail, désastre naturel, etc.).

L'expérience est considérée traumatique dans la mesure où la personne est victime, témoin ou confrontée à un ou des événements qui représentent une menace pour sa vie ou pour son intégrité physique ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. De plus, la personne doit avoir réagi face à cette expérience avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur (DSM-IV, 1996). À cet effet, l'auteur Violanti (1983) fait

remarquer que l'élément traumatique d'un événement est beaucoup plus relié à la perception que l'individu en a qu'à l'événement lui-même.

Tout compte fait, les approches théoriques et cliniques en regard de ce concept sont multiples. Certains mettront l'accent sur l'événement tandis que d'autres, sur le « senti » qui est, somme toute, plus subjectif. Il importe de souligner qu'à ce jour, aucun consensus dans la littérature n'existe en regard des dimensions qui font partie intégrante de l'événement et sur la mesure de la sévérité de celui-ci. Encore aujourd'hui, cette notion est controversée. Néanmoins, les éléments communs sont la notion de perception et d'imprévisibilité. En effet, l'événement est potentiellement traumatique non en raison de sa nature, mais bien par rapport à la perception que nous en avons. L'ère de pensée actuelle relate le caractère éminemment subjectif de l'événement et non plus comme un fait objectivable. Plus précisément, dans la thèse de Leclercq (2008), elle dépeint un événement traumatique comme étant une intervention dont les éléments imprévus engendrent un ensemble de perturbations (physique et/ou psychologique) résultant d'un violent choc émotionnel. Durant cet événement, l'individu doit faire face à une situation « spéciale », pas forcément dans sa nature, mais dans la signification qu'elle a eue pour lui.

2.3.3 L'événement potentiellement traumatique dans le milieu policier

L'étude de Breslau *et al.* (1998) montre que près de 90 % de la population générale vivront au moins un événement traumatisant ou profondément bouleversant au cours de leur vie. Une étude a été menée au sein du Service de Police de la Ville de Montréal (Marchand *et al.*, 2010). Les événements les plus fréquemment mentionnés par les policiers ont été : être menacé avec une arme à feu, être en danger de mort ou craindre pour sa vie, être pris au piège dans une situation qui pourrait mettre sa vie en danger et rencontrer un adulte battu violemment ou grièvement blessé. Par ailleurs, l'étude de Siles, Laforêt et Costantino (2011)

relate que près de 70 % des personnes ayant subi un incident potentiellement traumatique présenteront encore des symptômes de stress aigu à trois mois; entre 25 et 35 % d'entre elles développeront un syndrome de stress post-traumatique lorsque les symptômes perdurent au-delà de trois mois.

Il n'y a pas de données sur la prévalence de l'état de stress post-traumatique chez les policiers canadiens et québécois. Toutefois, en ce qui concerne les lésions indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), celle-ci a rapporté que, entre 2000 et 2002, le nombre de dossiers traités concernant un stress post-traumatique chez les policiers est quatre fois plus important par rapport à celui de l'ensemble des travailleurs au Québec (IRSST, Service d'expertise et de soutien statistique, données compilées à partir du Dépôt de données central et régional (DDCR) de la CSST, mise à jour de juillet 2003).

L'étude de Leclercq (2008) rapporte qu'environ un tiers des répondants policiers ont vécu un événement traumatique dans le cadre de leurs fonctions. Leur réalité professionnelle, à titre de premiers répondants, est non négligeable. L'imprévisibilité des situations sur lesquelles ils doivent intervenir ne permet pas à l'agent de se préparer et d'anticiper, le rendant ainsi plus vulnérable à l'incident traumatique. Certes, ils sont probablement plus à risque, mais pas pour autant moins résilients. En effet, selon l'étude traitant des facteurs prévisionnels du développement de l'ÉSPT (Marchand *et al.*, 2010), malgré le fait que les policiers représentent une population à haut risque de vivre des événements traumatiques dans le cadre de leur travail, un faible taux de l'ÉSPT fut démontré chez les policiers évalués.

Somme toute, seul le temps révèle la véritable nature du vécu de l'événement. Le vécu traumatique des interventions ne dépend pas du caractère objectif de l'événement, mais de la spécificité que l'événement prend pour le professionnel. Ainsi, ce n'est pas tant le danger immédiat que le sentiment d'impuissance qui constitue le facteur psychologique critique. Encore aujourd'hui, la sévérité de l'événement traumatique demeure un concept complexe et

controversé puisqu'il n'y a pas, à ce jour, de consensus à propos des dimensions qui le compose.

2.4 RECENSION DES ECRITS

Dans le cadre de cette recherche, l'impact d'une aide psychologique spécialisée aux policiers sur leur santé psychologique au travail à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique est évalué. Cette partie présente la recension des écrits qui aborde les variables concernées dans cette étude, soit l'aide psychologique spécialisée, la santé psychologique au travail des policiers et l'exposition à un événement à teneur potentiellement traumatique. Considérant qu'à notre connaissance, aucune étude ne traite spécifiquement de l'ensemble des variables concernées par la présente recherche, il est justifié de rapporter les résultats d'études chez une population plus large, soit les premiers répondants. La recension des écrits se compose de différents thèmes dont les plus récurrents sont le stress et la santé psychologique en milieu de travail. L'utilisation de bases de données telles que CAIRN, Psy Info, Psy Article et Google Scholar ont contribué à l'identification de certains articles d'intérêt répertoriés principalement entre 1889 et 2017.

Relativement aux facteurs de protection, divers auteurs (McCammon *et al.*, 1988 ; Yarmey, 1990 ; Bourniquel, 1991 ; Oigny, 1991 ; Ponnelle, 2002) se sont intéressés aux stratégies d'adaptation des policiers et secouristes face aux événements marquants. Parmi celles-ci, des stratégies reviennent régulièrement dans la littérature : la dénégarion, la répression des émotions et la concentration sur la tâche à effectuer, ainsi que le recours à l'humour (De Soir *et al.*, 2012). Martin, Germain et Marchand (2006) ont élaboré une synthèse des facteurs liés à l'individu, comme les stratégies comportementales ou cognitives adaptées pour gérer le stress, une personnalité résistante au stress, un sentiment d'efficacité

personnelle ainsi qu'une expérience antérieure ou une formation adéquate se présentant comme des facteurs de protection face à des événements traumatiques.

En regard de l'influence de la récurrence des événements potentiellement traumatiques, l'étude de Chopko (2010), composée de 183 policiers des états du Midwest des États-Unis, révèle qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la croissance post-traumatique et le nombre d'événements, l'ancienneté dans le domaine et le temps passé depuis le dernier événement.

Outre les incidents critiques, il ne faut pas négliger l'influence des stresseurs organisationnels. Selon MacDonald (1986), près de 50 % des policiers disent ne pas se sentir libre d'exprimer leurs idées et leurs opinions à leurs supérieurs et seulement 7 % des policiers seraient consultés avant de créer de nouvelles politiques ou méthodes de travail (MacDonald, 1986). Comparativement aux tracas rencontrés dans le cadre de ses fonctions de travail, Brough (2004) rapporte que les soucis liés à l'organisation représentent un indice de satisfaction au travail plus marqué influençant, ainsi, la santé psychologique. Les études de Marmar *et al.*, (2006) ainsi que Brown et Campbell (1994) démontrent également que les stresseurs organisationnels sont encore plus influents sur l'état de détresse psychologique que les événements rencontrés dans le cadre des opérations. Divers auteurs ont également tenté de déterminer empiriquement les facteurs de stress rencontrés dans le métier de policier soit la pression des pairs ou des gestionnaires, la réalité des heures supplémentaires et la distinction des fonctions occupées au sein de l'organisation policière (Kroes, Hurrell et Margolis, 1974 ; Loo, 1984).

À la suite de deux études empiriques auprès de 66 policiers en ce qui a trait à leurs réactions suivant une intervention avec arme à feu, les résultats de l'étude de Loo (1986) déterminent cinq recommandations; soit l'importance que chaque individu ayant vécu ce type d'événement reçoive un support psychologique de type debriefing rapidement, qu'une aide spécialisée lui soit offerte, qu'une période d'arrêt de travail soit recommandée, qu'un support

psychologique soit offert à l'entourage de proximité du policier et que les services d'aide spécialisée soient impliqués davantage auprès des formations policières dont celle de recrutement.

D'autres suggestions en termes de démarche d'aide ont été soulevées afin de maximiser les chances de participation, de satisfaction et de réussite. À ce propos, Plant (2000) évoque l'importance de préconiser un service d'aide professionnelle davantage familial avec l'environnement au travail, car la plupart des traumatismes sont inattendus et de courte durée. Les résultats de l'étude de Rhéaume (1996) concluent à l'importance de remettre en question l'aide apportée par les P.A.E. considérant que les programmes qui y sont offerts présentent des stratégies de réparation fortement éloignées du développement et de la qualité de vie au travail. Abordant les interventions précoces, De Soir *et al.* (2012) rappellent que seulement des intervenants formés de manière continue (par des « psy » spécialisés, connus et reconnus, pouvant assurer le suivi psychologique thérapeutique éventuel) à la gestion de ce type d'événement pourront fournir cet appui.

Une étude a été produite en octobre 2016 pour le gouvernement fédéral du Canada concernant le support à offrir aux premiers répondants qui sont, manifestement, à risque de développer des symptômes post-traumatiques par les événements rencontrés dans leurs tâches professionnelles. Des recommandations ont été émises en vue d'assurer leur bonne santé mentale. Il est estimé qu'au Canada (SECU, mai 2016) entre 10 et 35 % des premiers répondants développeront un état de stress post-traumatique. Les recommandations vont comme suit : la reconnaissance du milieu de travail particulier des premiers répondants et la nécessité de clarifier le terme « premier répondant ». Plusieurs participants à ce comité ont proposé une nouvelle appellation soit les difficultés du stress opérationnel au lieu des symptômes d'un état de stress post-traumatique qui est plus péjoratif et négatif comme terme. Pour répondre à cette demande de clarification, un comité s'est réuni en août 2016. Les

premiers répondants sont dorénavant définis comme suit : policiers, ambulanciers, pompiers (incluant volontaires), agents des services correctionnels, douaniers et militaires.

Également, une recherche a été réalisée en Belgique par De Soir (1999) relativement à l'aide psychologique spécialisée dispensée auprès des sapeurs-pompiers et des ambulanciers lors d'un événement potentiellement traumatique. De prime abord, il est dépeint l'importance d'avoir un support mutuel présent entre collègues lors de l'événement. En ce qui concerne l'assistance psychologique après-coup, elle est réalisée par des collègues formés et supervisés (psychiatre ou psychologue) que l'on surnomme les intervenants « débriefeurs ». La règle d'or : on ne prend pas part comme « débriefeur » à un debriefing du stress traumatique si on est soi-même impliqué comme intervenant (De Soir, 1999). Cette démarche fait référence à certains écrits, dont celui de Dowling, Genet et Moynihan (2005) qui laisse entrevoir l'apport bénéfique des « peer trained », soit des employés du milieu de travail ayant reçu une formation portant sur la détection des personnes affectées, sur la référence et sur diverses habiletés d'intervention. D'ailleurs, cité dans De Soir *et al.* (2012), dans une étude américaine réalisée par Holoday *et al.* (1995) portant sur différents groupes d'intervenants de santé et de police, les résultats démontrent que tous les groupes ont rapporté l'importance de bénéficier de pair-aidant (support collégial ou des pairs) dans la perspective d'intégration de l'événement traumatogène. Selon Mitchell et Everly (2008), les pairs formés et entraînés partagent la connaissance et la compréhension de l'activité professionnelle.

Également, les auteurs Karlsson et Christianson (2003) se sont intéressés au type de soutien reçu par le policier suédois et les différentes prises en charge proposées suivant un événement traumatique. Les résultats montrent que : 55 % des policiers disent avoir été aidés en parlant avec leurs pairs de cet événement; 11 % ont déclaré qu'un debriefing ou une autre forme d'aide leur ont été offerts après l'événement; 9,3 % ont participé au debriefing; et 0,5 % ont été en contact avec un spécialiste de gestion de crise (psychologue ou médecin) pour parler de cet événement.

La littérature est unanime quant à l'impact positif des formations à la gestion du stress sur les comportements des individus en opération (De Soir *et al.*, 2012). De surcroît, l'étude de Levasseur (2010) s'est intéressée au développement de formation et de services adaptés en vue de soutenir les différents acteurs concernés par la problématique de l'exposition à des événements traumatiques en effectuant une analyse des besoins des employés du Ministère des Transports. D'ailleurs, la non-information des gestionnaires aurait été une entrave à l'accessibilité à ce type de service. Une des recommandations faisait référence à l'accès à des services adaptés à la réalité du milieu de travail.

La recherche réalisée par Elntib et Armstrong (2014) auprès de 25 officiers de police du South Africa Metro Police indique que la majorité des policiers rencontrés considère que le système de debriefing actuel est inadéquat puisqu'il a rarement lieu. L'hypothèse de la pression du temps est soulevée pour justifier cette réalité. Un service d'aumônier peut fournir un débriefing psychologique si demandé, mais il y a une mentalité que demander de l'aide ne soit pas aidant ou pas acceptable. Cela est considéré comme un signe de faiblesse (syndrome de John Wayne). Déjà, les auteurs suggèrent un debriefing par des commandants ayant une expérience opérationnelle significative; cela serait plus efficace et respecté qu'en ayant recours à des civils (aumôniers) qui sont traités avec scepticisme.

Une autre étude fait état de l'insatisfaction des policiers quant aux services existants pour leur santé mentale (Fox *et al.*, 2012). En effet, une proportion substantielle des 150 officiers de police interrogés logés au Connecticut (États-Unis) préfère ne pas utiliser le service ou encore déboursier eux-mêmes pour des services à l'extérieur soit par inquiétude de la confidentialité, des impacts potentiels sur leur carrière ou de la stigmatisation lors de l'utilisation de ces services.

L'étude réalisée par Cyr (2010), auprès de 410 policiers du Service de Police de la Ville de Montréal, corrobore les résultats de nombreuses recherches en confirmant que les demandes psychologiques sont associées de façon significative et positive avec la détresse

psychologique. Donc, de fortes demandes psychologiques augmentent le risque de création de tensions chez les travailleurs, ce qui peut également augmenter la propension des travailleurs à développer de la détresse psychologique (Bourbonnais *et al.*, 1996; Cole *et al.*, 2002; De Jonge *et al.*, 2000a et De Jonge *et al.*, 2000b; Karasek, 1990; Karasek et Theorell, 2000; Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Niedhammer *et al.*, 1998; Stansfeld *et al.*, 1999; Van Der Doef et Maes, 1999; Vézina *et al.*, 1992; Wilkins et Beaudet, 1998).

À la lumière de ces informations, il est opportun de souligner que même si les interventions et les activités de prévention augmentent de plus en plus dans les divers services de police, le champ de la recherche pour trouver de nouveaux moyens, à la fois d'intervention et de prévention, reste encore très vaste. Les résultats de la recherche de Rotella (1984) suggèrent un modèle de créativité intéressant en appliquant, au travail policier, un modèle de la psychologie du rendement sous stress élaboré en fonction de la performance athlétique, cité par Payette (1985).

Tel que cité dans De Soir *et al.* (2012), de nombreux auteurs tels que Territo et Vetter, (1981) insistent sur l'instauration de programmes de formation et de soutien pour les conjoints permettant une meilleure compréhension, communication entre l'intervenant et sa famille concernant la profession et ses difficultés. Rappelons que la famille, selon McCammon *et al.* (1988), est la première source de support avant les collègues et amis. En somme, l'originalité des moyens d'intervention est de mise auprès du milieu policier. Les connaissances et les stratégies d'intervention demeurent à développer. Des travaux se sont également intéressés au rôle que joue le soutien social (des pairs, amis, famille) dans la gestion de l'événement traumatique, notamment en soulignant l'importance que revêt l'existence de ce soutien chez les professionnels évoluant dans l'urgence (Levenson, Dwyer et Lauren, 2003; Boudarene, 2004).

2.5 OBJET DE LA RECHERCHE

2.5.1 Question de recherche

La santé psychologique au travail fait partie des préoccupations actuelles tant au niveau des employés que des gestionnaires. Par contre, les méthodes préventives et curatives employées sont discutables. En effet, exposés à différents événements sous toutes ses formes, et ce, de façon quotidienne, les policiers doivent composer avec des situations pouvant menacer leur équilibre, leur vie et par le fait même, leur santé psychologique. À partir de ce constat et du nombre limité de recherches en la matière, la présente étude tente de déterminer l'influence de l'aide spécialisée sur les deux dimensions de la santé psychologique au travail soit le bien-être et la détresse à la suite d'un événement potentiellement traumatique. Donc, ma question de recherche est la suivante : quelle est l'influence de l'aide psychologique spécialisée sur la santé psychologique au travail du policier à la suite d'un événement potentiellement traumatique ?

Le sujet principal intégré dans ce mémoire est la santé psychologique au travail faisant référence au modèle de Gilbert *et al.* (2011). La présence d'événements potentiellement traumatiques vécus chez les policiers selon le modèle théorique développé par Josse (2014) est la variable contrôle. Quant à la notion de l'aide psychologique spécialisée, elle est définie suivant l'analyse de la recension des écrits portant sur cette variable. Ainsi, ce travail universitaire souhaite orienter le type d'aide le mieux adapté pour le policier.

2.5.2 Hypothèses de recherche

Appuyées par les études antérieures, deux hypothèses de recherche sont proposées dans lesquelles s'intègrent à la fois le bien-être et la détresse au travail :

- **Hypothèse 1 a)** : Les policiers ayant eu recours à une aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique manifestent un niveau de bien-être supérieur au travail que ceux n'ayant pas sollicité d'aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique.

- **Hypothèse 1 b)** : Les policiers ayant eu recours à une aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique manifestent un niveau de détresse psychologique plus faible que ceux n'ayant pas sollicité d'aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique.

Tel que le révèle l'étude de Holoday *et al.* (1995), cité dans De Soir *et al.* (2012), le support collégial ou celui offert par les pairs permet une meilleure intégration de l'événement à teneur traumatique. À partir des hypothèses 1a) et 1b), le résultat attendu est une corrélation linéaire positive entre les variables aide psychologique spécialisée et bien-être au travail. Selon la théorie de Gilbert *et al.* (2011), il pourra être observé chez ces individus un degré notable d'engagement, d'harmonie et de sérénité vis-à-vis de leur activité professionnelle.

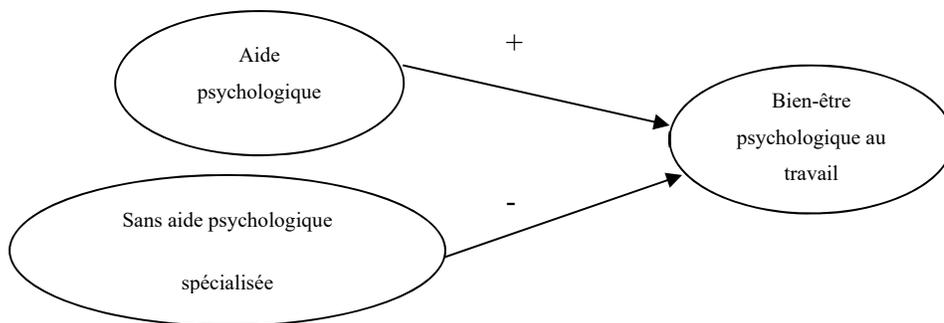
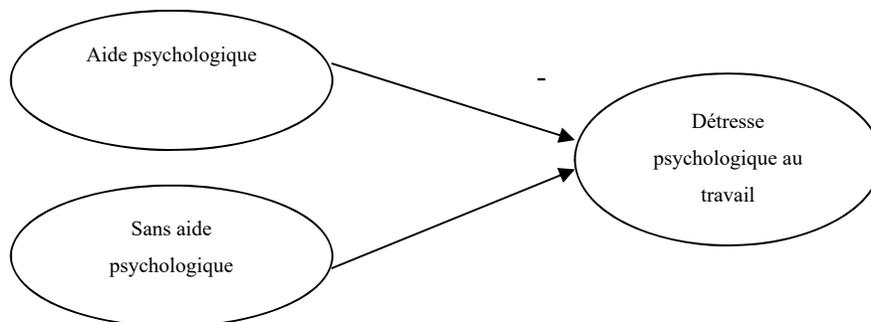


Figure 1 : Représentation du modèle hypothétique de l'hypothèse 1 a)



+

Figure 2 : Représentation du modèle hypothétique de l'hypothèse 1 b)

Par ailleurs, à la lumière de la recension des écrits, force est de constater que plusieurs auteurs suggèrent l'importance d'offrir une aide spécialisée aux particularités des métiers d'urgence (De Soir *et al.*, 2012), la seconde hypothèse postule donc que :

- **Hypothèse 2 a)** : Les policiers ayant obtenu une aide psychologique dite spécialisée à la réalité du métier à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique présentent un niveau supérieur de bien-être au travail que ceux ayant sollicité une aide psychologique plus générale de type ... (voir les groupes dans les résultats) (P.A.E.) à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique.

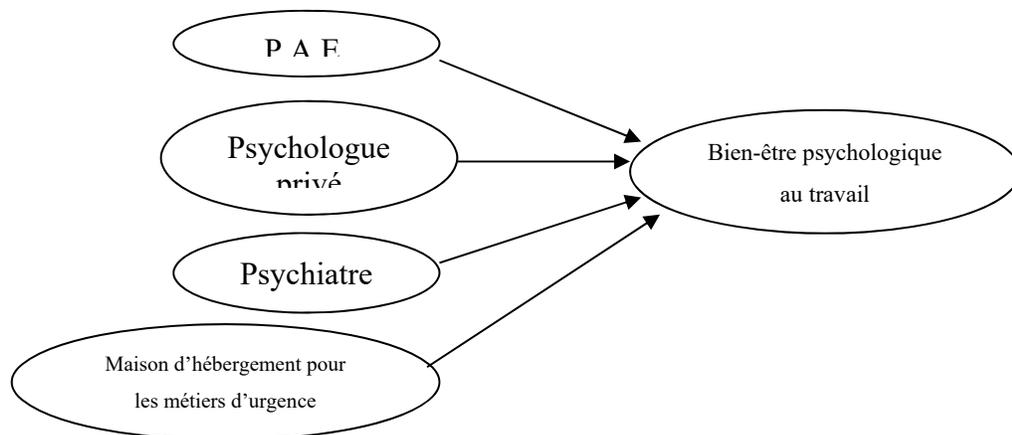


Figure 3 : Représentation du modèle hypothétique de l'hypothèse 2 a)

- **Hypothèse 2 b)** Les policiers ayant obtenu une aide psychologique dite spécialisée à la réalité du métier à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique présentent un niveau de détresse au travail plus faible que ceux ayant sollicité une aide

psychologique plus générale (P.A.E.) à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique

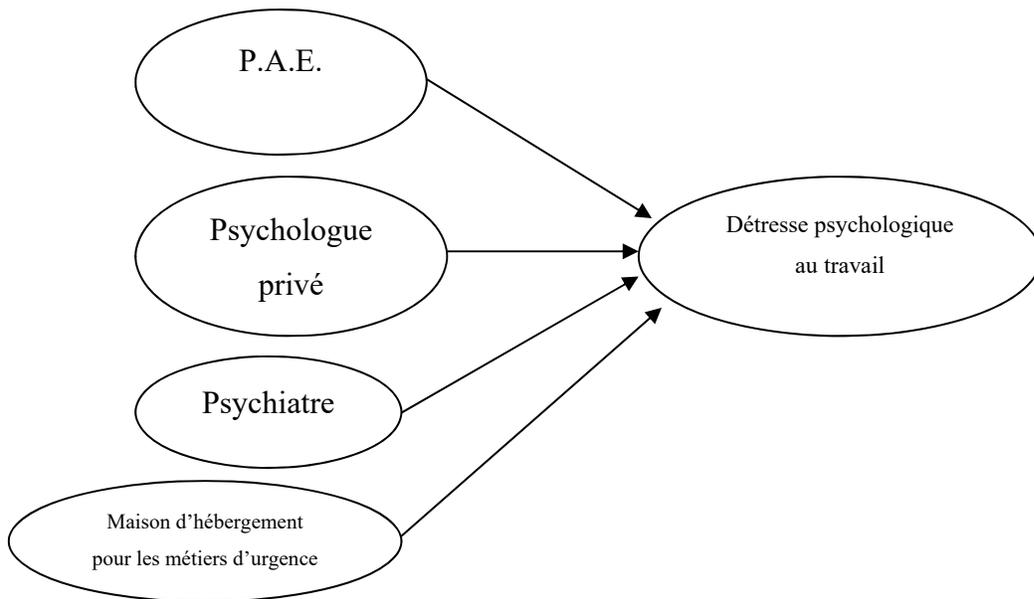


Figure 4 : Représentation du modèle hypothétique de l'hypothèse 2 b)

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

L'objectif de ce chapitre est de présenter les informations méthodologiques de ce mémoire. Cinq parties composent cette section. Il présente à tour de rôle le devis de recherche, le déroulement de la collecte de données, la description des participants, l'instrument de mesure et à la fin, les considérations éthiques.

3.1 DEVIS DE LA RECHERCHE

La présente section expose le devis de recherche. Elle présente le protocole utilisé comme stratégie de recherche pour cette étude ainsi que la définition opérationnelle des variables.

Dans le cadre de cette étude de nature quantitative, la méthode ex-post-facto a été retenue considérant que la variable indépendante est difficile à contrôler ou à prédire. Le devis ex post facto (analyse après le fait) consiste à démontrer, après coup, que la variable indépendante influence de telle ou telle façon la variable dépendante (Latreille et Trépanier, 1992). Comparativement à la méthode expérimentale où le chercheur a un degré de contrôle important sur les autres facteurs qui pourraient influencer la variable dépendante; dans la méthode ex-post-facto, le chercheur n'a aucun contrôle sur ces variables parce qu'il ne place pas les sujets dans des situations expérimentales contrôlées. En effet, le chercheur ne fait aucune expérience, mais il s'informe des comportements déjà émis et fonde son raisonnement selon une logique déductive (Ndjambou, 2009).

Une approche quantitative est priorisée dans le présent travail considérant qu'il met l'accent sur un effet prédictif reposant sur la mesure d'un phénomène. De plus, étant donné la teneur hautement subjective des données à mesurer, le questionnaire a été préféré afin de ne pas influencer les répondants et de pouvoir interpréter le plus objectivement possible les données recueillies.

Dans le cadre de cette recherche, l'influence de l'aide psychologique (variable indépendante) suivant une exposition à un événement potentiellement traumatique (variable contrôlée) sera mesurée en comparaison avec un groupe qui sera représenté par des policiers n'ayant jamais reçu une aide spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique afin de vérifier l'hypothèse 1. Également, suivant une exposition à un événement potentiellement traumatique, une seconde comparaison sera réalisée à l'égard des policiers ayant reçu une aide spécifique en lien avec les métiers d'urgence et ceux ayant bénéficié d'une aide plus générale (ex. : P.A.E.) afin de tester l'hypothèse 2. Les résultats obtenus montreront les différences dans les mesures prises entre les groupes en regard de la santé psychologique au travail (variable dépendante).

Afin de déterminer les hypothèses sous-jacentes à cette recherche, le logiciel statistique SPSS version 18, mis à disposition par l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) a été utilisé afin de pratiquer une analyse comparative des résultats. Cette analyse par comparaison permet de mesurer l'intensité du lien entre les deux variables que sont l'aide psychologique spécialisée et la santé psychologique au travail de la population à l'étude.

Relativement à l'analyse de l'hypothèse 1, la technique Test-T pour échantillons indépendants (Independent sample t test) est privilégiée. Elle se calcule à partir de deux moyennes provenant de deux échantillons (ou sous-groupes) indépendants avec un intervalle de confiance à 95 %. Ce coefficient permet de comparer deux groupes et de déterminer s'il existe une relation linéaire significative entre l'aide psychologique spécialisée et la santé

psychologique au travail à travers ses deux dimensions que sont le bien-être psychologique au travail (BEPT) et la détresse psychologique au travail (DPT).

En ce qui concerne l'hypothèse 2, une analyse de type Anova a été réalisée. Cette analyse de variance permet d'étudier le comportement d'une variable quantitative à expliquer en fonction d'une ou de plusieurs variables nominales catégorielles. Cela permet d'expliquer le comportement de plusieurs variables en même temps. Il est alors question de catégories de traitement. L'ajustement de Bonferroni a été utilisé. Chaque test ayant eu des résultats avec une valeur p inférieure à 0,01 a été considéré comme statistiquement significatif.

3.2 DEROULEMENT

Après la signature de l'entente de confidentialité avec les organisations ciblées, l'invitation à répondre au questionnaire a été lancée par l'intermédiaire des corps policiers, de la maison d'hébergement pour les métiers d'urgence et de publicités. La diffusion de celui-ci s'est faite par le réseau professionnel en utilisant l'adresse courriel de l'ensemble des policiers actuellement à l'emploi de différents corps policiers du Québec et ceux ayant participé, ou non, à une mesure d'aide au sein de la maison d'hébergement pour les métiers d'urgence. La passation du questionnaire est électronique et dure environ 30 minutes.

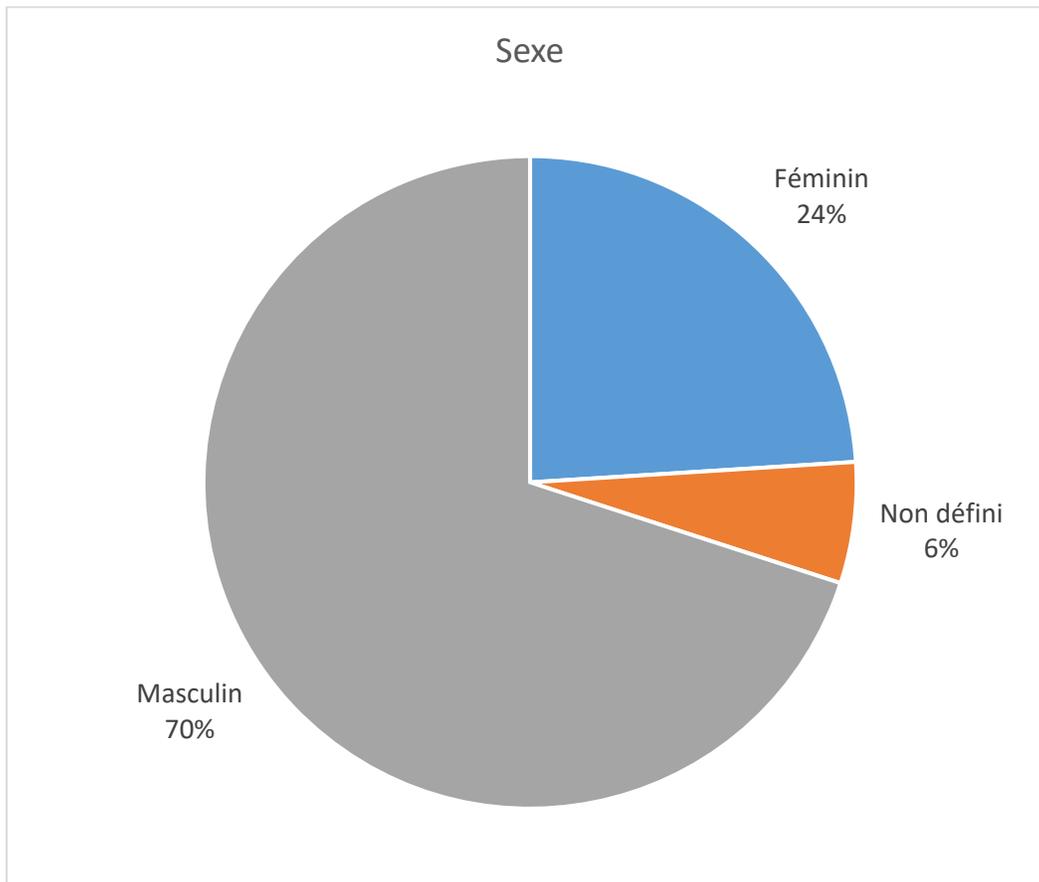
3.3 POPULATION A L'ETUDE

La première partie du questionnaire ou talon sociologique de l'enquête permet d'identifier les profils des répondants. En ce qui concerne leurs données générales, les variables principales retenues sont les suivantes : sexe, état civil, situation familiale, niveau de scolarité. Au regard du contexte professionnel de l'étude, les conditions de travail des

participants ont été un peu plus approfondies en relevant si les personnes étaient ou non en emploi, le secteur d'activité actuel et le nombre d'années y étant associés ainsi que le nombre global d'années d'ancienneté au sein de l'organisation policière.

À partir des données recueillies dans ce talon sociologique, l'échantillon est composé de 559 participants. Cent trente-deux sont des femmes et trois cent quatre-vingt-quatorze des hommes (soit 70 % de l'échantillon).

Tableau 1 : Représentation du sexe de l'ensemble des participants à l'étude



La majorité des répondants sont âgés de 45 ans et plus. Notons que dans l'échantillon, il y a deux données manquantes. Par ailleurs, pour la majorité, leur état civil est conjoint de fait et leur formation académique est de niveau collégial.

Tableau 2 : Représentation de l'âge de l'ensemble des participants à l'étude

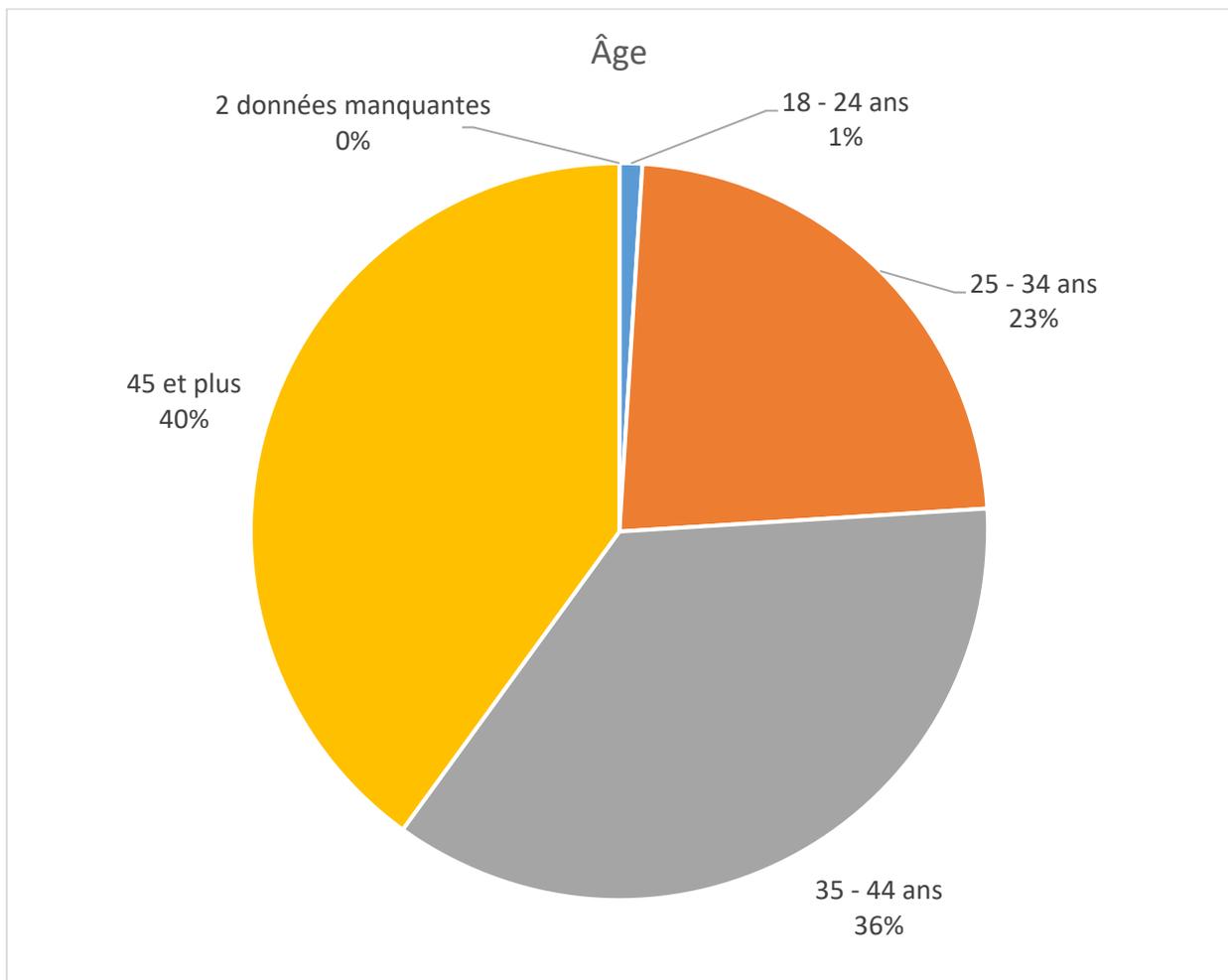
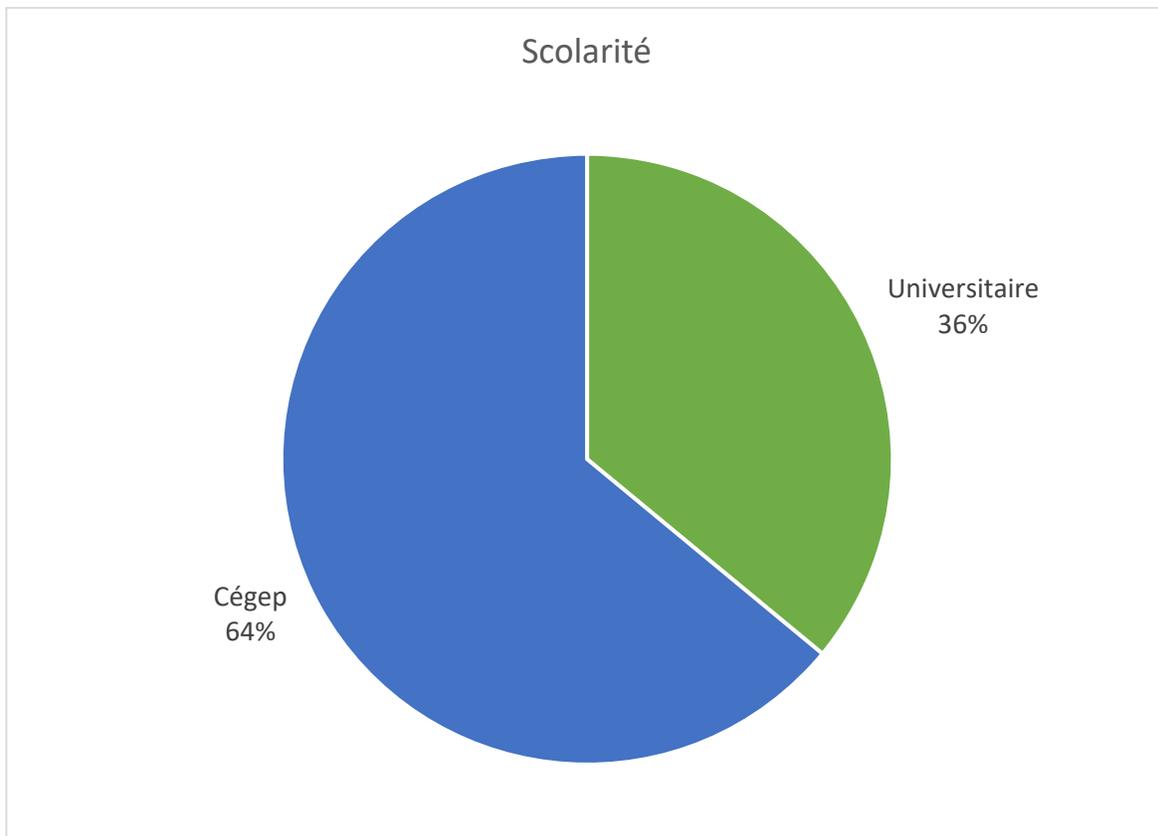


Tableau 3 : Représentation du niveau de scolarité de l'ensemble des participants



Quelques autres précisions intéressantes en ce qui concerne le descriptif de l'ensemble des participants :

- Parmi l'ensemble des répondants, en regard de leur ancienneté au sein de l'organisation policière, la majorité d'entre eux cumulent entre 16 et 20 années d'expérience au total ;
- Relativement à la durée moyenne du trauma, celle-ci est estimée majoritairement à moins de 30 minutes pour 202 des répondants (soit 36,1 % de l'échantillon).

Tableau 4 : Facteurs de catégorisation d'un événement potentiellement traumatique

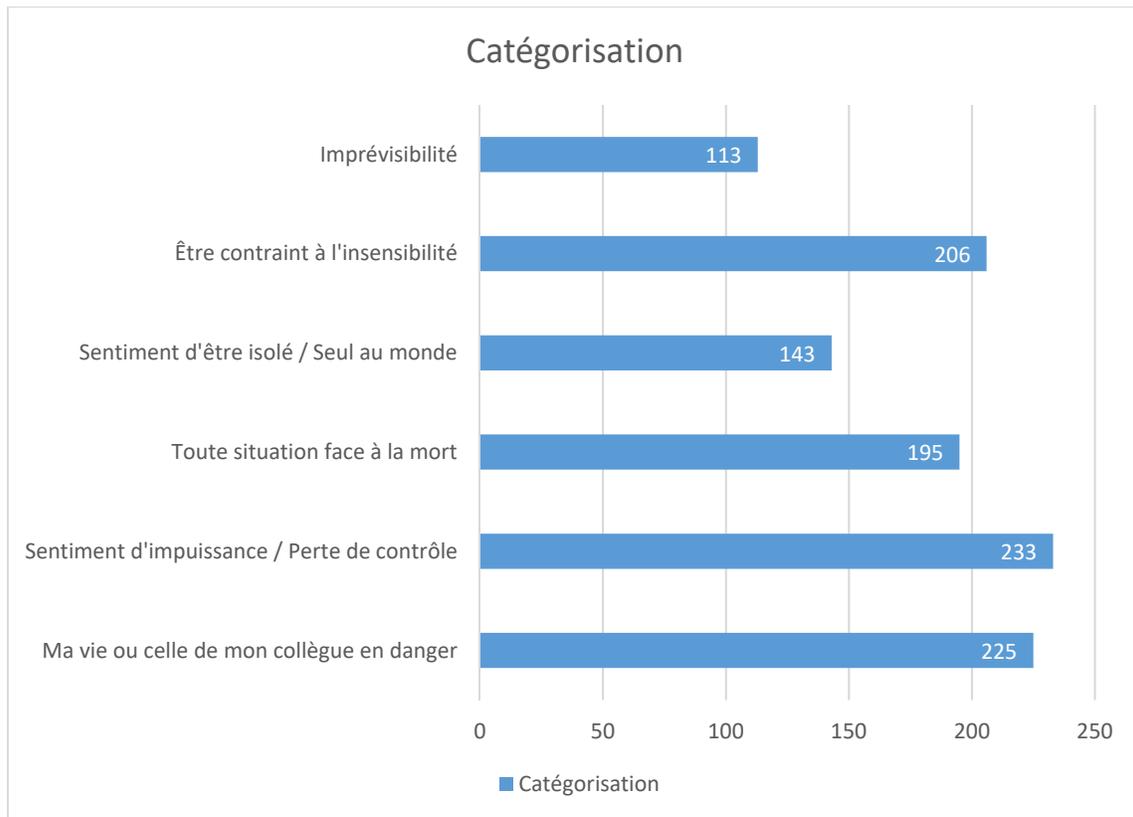
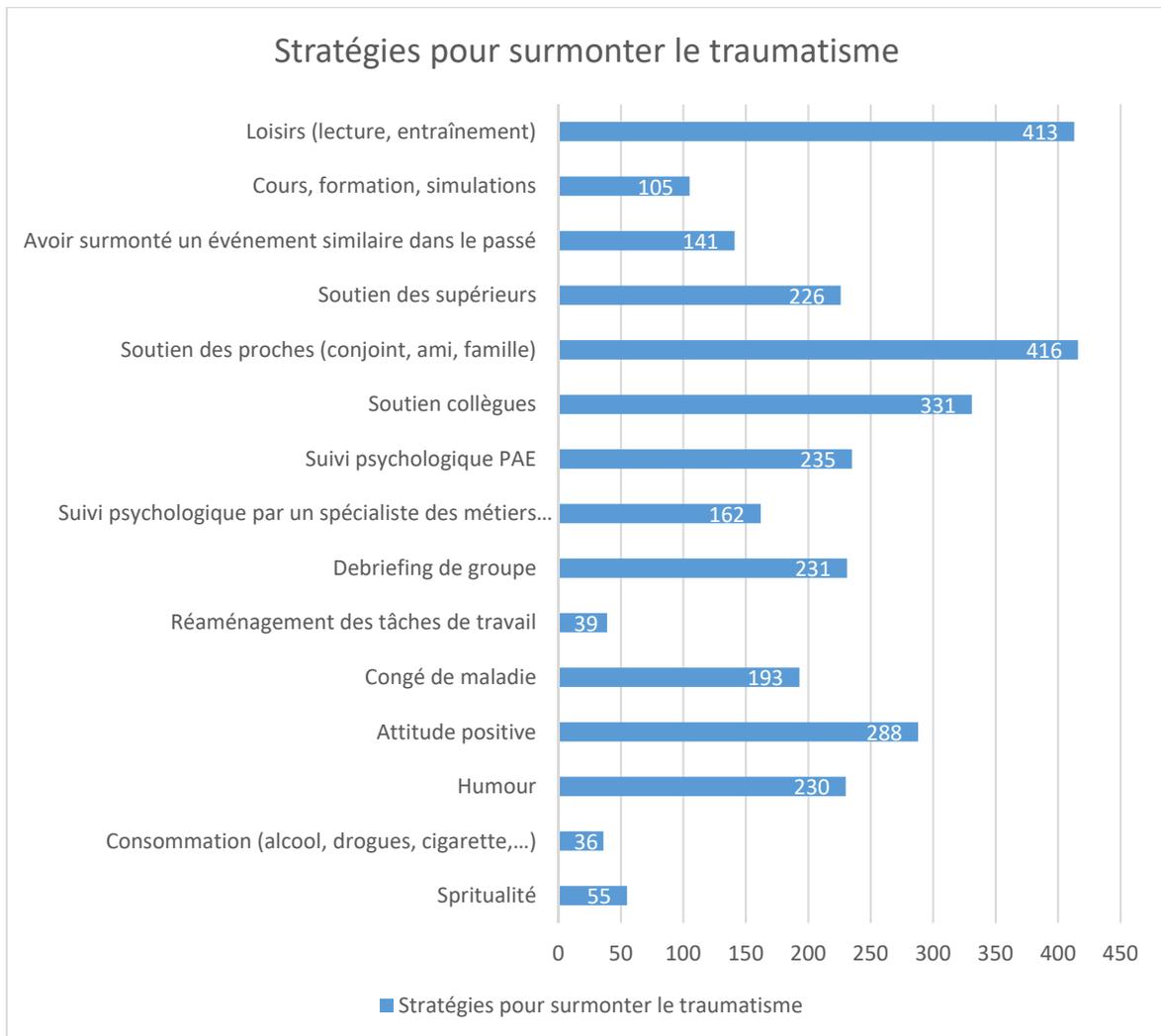


Tableau 5 : Stratégies pour surmonter le traumatisme



3.4 INSTRUMENT DE MESURE

L'instrument de mesure utilisé pour mesurer la variable dépendante est celui développé et validé par Gilbert *et al.* (2011) en regard de la santé psychologique au travail. Les études antérieures indiquent de bonnes qualités psychométriques (consistance interne et structure factorielle) associées à ces échelles. Cette mesure se divise en deux sections soit le

bien-être psychologique au travail et la détresse psychologique au travail. Les échelles sont présentées sur une échelle de fréquence allant de (1) *Jamais* à (5) *Toujours*. Les niveaux de cohérence interne correspondent aux valeurs de l'alpha de Cronbach dans la présente étude et sont de même ordre de grandeur que ceux retrouvés dans la littérature.

En ce qui concerne le BEPT, 22 items sont proposés, 10 d'entre eux font référence à la sérénité, 5 à l'engagement au travail et 7 à l'harmonie sociale. L'ordre de présentation des items est mélangé. Les items correspondant à la sérénité (S), qui qualifie le rapport à soi, présentent un alpha de Cronbach de 0,86 et reposent sur des questions telles que « Je me sens en santé, en pleine forme ». L'engagement (E) au travail présente un alpha de 0,84 avec des items du type : « Je trouve mon travail excitant et J'ai envie d'en profiter ». Enfin, l'harmonie sociale (H), qui désigne le rapport à autrui, présente un alpha de 0,77 et s'exprime à travers des questions comme « Je suis en bon terme avec mes collègues ». L'alpha global du BEPT est de 0,90, ce qui atteste de la bonne cohérence interne de cette mesure.

La deuxième partie de cette mesure de la santé psychologique au travail évalue le degré de détresse psychologique au travail. Ce deuxième outil utilise 23 items, 9 mesurent l'anxiété et la dépression, 7 d'entre eux mesurent le désengagement au travail, enfin 7 mesurent l'irritabilité et l'agressivité. L'ordre de présentation de ces items est mélangé. Au regard des résultats obtenus par l'étude, l'anxiété (A) et la dépression (rapport à soi) se présentent à travers des items tels que « Je me sens triste », ou encore « J'ai des difficultés à me concentrer », l'alpha est de 0,90. Pour le désengagement (D) au travail (rapport à l'activité professionnelle), l'alpha est de 0,89 et cette dimension se présente sous des items tels que « J'ai le sentiment d'être inutile ». Enfin, l'irritabilité (I) et l'agressivité (rapport aux autres) sont mesurées par des items tels que « Je suis en conflit avec mes collègues » ou encore « Je perds patience », l'alpha est de 0,83 pour cette mesure. Globalement, l'alpha de la DPT est de 0,94, cette mesure présente donc une bonne cohérence interne.

En ce qui concerne la mesure de l'événement potentiellement traumatique, une question fermée de type « oui ou non » a été posée aux répondants. L'échantillon a été basé à partir de l'ensemble des répondants ayant répondu positivement à cette question.

3.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Plusieurs dispositions sont mises en place pour que les règles d'éthique soient respectées, particulièrement au regard des effets de l'étude sur les participants. Crête (2003) énonce notamment trois thèmes importants à respecter, soit le droit à la vie privée, le consentement éclairé et la confidentialité. En premier lieu, la participation des étudiants est sollicitée, mais elle s'inscrit toujours sur une base volontaire. Chaque personne est libre de prendre part à la recherche ou non. Aucune pénalité, ni aucun préjudice ne sont portés à leur égard en cas de refus. Deuxièmement, les objectifs de la recherche sont mentionnés à tous les participants en début de questionnaire. Dans tous les groupes, les participants sont informés des tâches demandées. Or, ils prennent part à l'expérience en toute connaissance de cause. Troisièmement, les participants sont aussi rassurés quant à la confidentialité des résultats. Tout le matériel utilisé garantit l'anonymat des répondants, car aucun nom et numéro d'identification personnel n'est demandé. Les candidats sont traités avec le plus de respect et de loyauté possible. Considérant la nature émotive de la présente recherche, il était possible pour le candidat de communiquer avec l'équipe de recherche à tout moment.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre porte sur les résultats de l'étude. Les résultats exposent les statistiques descriptives et les analyses de comparaison des moyennes. Pour chaque analyse statistique, l'équivalence entre les groupes a été vérifiée.

4.1 ANALYSE DES HYPOTHÈSES

L'hypothèse statistique 1 a) prévoit que les policiers ayant eu recours à une aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique manifestent un niveau de bien-être supérieur au travail que ceux n'ayant pas sollicité d'aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique. L'échantillon répertorie 341 participants ayant reçu une aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique. À la lumière des résultats colligés, cette hypothèse est rejetée puisque la moyenne du bien-être des participants ayant bénéficié d'une aide psychologique spécialisée, et ce, peu importe la nature, n'est pas supérieure à celle liée à ceux qui n'ont pas sollicité une aide psychologique spécialisée à la suite d'un événement potentiellement traumatique. D'ailleurs, les résultats du Test-T indiquent une différence significative inverse à l'hypothèse 1 a).

Tableau 6 : Comparaison des moyennes : bien-être

Événement potentiellement traumatique	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>T</i>
Avec consultation	341	3,54	0,56	-3,44*
Sans consultation	218	3,69	0,50	

* $p < 0,05$

En ce qui concerne l'hypothèse statistique 1 b), celle-ci évoque que les policiers ayant eu recours à une aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique manifestent un niveau de détresse psychologique plus faible que ceux n'ayant pas sollicité d'aide psychologique spécialisée à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique. Force est de constater qu'inversement, le résultat est le même. Ainsi, cette hypothèse est également rejetée puisque la moyenne de la détresse des participants ayant bénéficié d'une aide psychologique spécialisée, et ce, peu importe la nature, n'est pas supérieure à la moyenne liée à ceux qui n'ont pas sollicité une aide psychologique spécialisée à la suite d'un événement potentiellement traumatique. D'ailleurs, les résultats du Test-T indiquent une différence significative inverse à l'hypothèse 1 b).

Tableau 7 : Comparaison des moyennes : détresse

événement potentiellement traumatique	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>T</i>
Avec consultation	341	1,89	0,61	5,51*
Sans consultation	218	1,64	0,49	

* $p < 0,05$

Les tableaux 8 et 9 présentent une analyse de type Anova. Cette analyse de variance permet d'étudier le comportement des variables quantitatives liées à la santé psychologique au travail, soit le bien-être et la détresse, et à l'expliquer en fonction de quatre variables nominales catégorielles traitant de l'aide psychologique spécialisée soit la ressource spécialisée, le P.A.E., le psychologue privé et le psychiatre.

L'hypothèse statistique 2a) suggère que les policiers ayant obtenu une aide psychologique dite spécialisée à la réalité du métier à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique présentent un niveau supérieur de bien-être au travail que ceux ayant sollicité une aide psychologique plus générale (P.A.E.) à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique. À la lecture des résultats, cette hypothèse est rejetée. L'ajustement de Bonferroni permet d'identifier des différences significatives entre les groupes ($F= 4,74, p < .005$). Les résultats nous mènent à conclure que l'état de bien-être du participant ayant reçu une aide psychologique spécialisée à la réalité du métier n'est pas, de façon significative, supérieur au participant ayant sollicité une aide plus générale. Plutôt, la moyenne du groupe ayant participé à un suivi psychologique en pratique privée est supérieure au groupe ayant eu recours au support de la ressource spécialisée pour les métiers d'urgence.

Tableau 8 : Analyse de variance : bien-être

événement potentiellement traumatique avec consultation	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Bien-être (Ressource spécialisée)	55	3,38	0,51
Bien-être (P.A.E.)	208	3,57	0,55
Bien-être (Psychologue privé)	40	3,75	0,43
Bien-être (Psychiatre)	10	3,27	0,85

* $p < 0,01$

De surcroît, l'hypothèse 2 b) prévoit que les policiers ayant obtenu une aide psychologique dite spécialisée à la réalité du métier à la suite d'une exposition à un événement

potentiellement traumatique présentent un niveau de détresse au travail plus faible que ceux ayant sollicité une aide psychologique plus générale (P.A.E.) à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique. Ainsi, le niveau de détresse du participant ayant reçu une aide psychologique spécialisée à la réalité du métier n'est pas, de façon significative, inférieur au participant ayant sollicité une aide plus générale.

Tableau 9 : Analyse de variance : détresse

événement potentiellement traumatique avec consultation	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Détresse (Ressource spécialisée)	55	2,17	0,64
Détresse (P.A.E.)	208	1,84	0,57
Détresse (Psychologue privé)	40	1,70	0,49
Détresse (Psychiatre)	10	2,14	0,81

* $p < 0,01$

À la suite de l'analyse du tableau 4, l'hypothèse 2 b) est également rejetée. Les résultats démontrent que l'état de détresse des participants ayant sollicité une aide psychologique spécialisée plus générale n'est pas, de façon significative, supérieur aux participants ayant sollicité une aide psychologique spécialisée à la réalité du métier. L'ajustement de Bonferroni permet d'identifier des différences significatives entre les groupes ($F= 6,85, p < .005$). Plutôt, la moyenne du groupe ayant eu recours aux services de la ressource spécialisée présente un niveau de détresse supérieur aux groupes ayant bénéficié d'un suivi psychologique en pratique privée ou des services du P.A.E.

Ainsi, l'ensemble des services d'aide dispensée à la ressource offrant des traitements spécialisés au niveau des métiers d'urgence ont été comparés avec le P.A.E. et le psychologue au privé. Les résultats réitèrent que l'état de détresse du policier qui a eu recours aux services

spécialisés de la ressource est supérieur à celui qui a sollicité une aide psychologique spécialisée plus générale (ex. : P.A.E.).

CHAPITRE 5

DISCUSSION

5.1 RAPPEL DE L'OBJECTIF DU MEMOIRE ET DES HYPOTHESES

L'objectif fondamental de ce mémoire est d'approfondir les connaissances quant à l'influence de l'aide psychologique spécialisée à la suite d'un événement potentiellement traumatique sur la santé psychologique des policiers dans le but de mieux orienter les services d'aide à offrir à cette population. Les hypothèses 1 a) et 1 b) proposent d'examiner l'influence de l'aide psychologique spécialisée en regard des deux dimensions de la santé psychologique au travail soit le bien-être et la détresse. Quant aux hypothèses 2 a) et 2 b), celles-ci approfondissent l'influence du type d'aide sollicitée, liée à la réalité du métier ou non, en regard de la santé psychologique au travail.

Ce chapitre se divise en quatre parties. Tout d'abord, un bref rappel de l'objectif du mémoire est énoncé. Par la suite, les résultats des analyses statistiques sont interprétés en fonction des hypothèses de recherche établies, ainsi qu'en fonction de la revue de la littérature. Ensuite, l'apport sur le plan théorique et sur le plan pratique ainsi que les limites de l'étude seront énoncés. Finalement, nous discuterons de pistes de recherches futures pour conclure ce chapitre.

La présente étude débute par le cadre théorique entourant la santé psychologique au travail dans le milieu policier. Il se compose de trois parties : la santé psychologique au travail, l'aide psychologique spécialisée et l'événement potentiellement traumatique. Les définitions sont rappelées ici. Premièrement, la santé psychologique au travail se définit

comme étant la capacité d'un individu à satisfaire ses besoins psychologiques fondamentaux dans une perspective de mieux-être et d'ajustement au travail, et ce, grâce à des ressources personnelles et organisationnelles (Gilbert, 2009). La deuxième partie du cadre théorique présente l'aide psychologique spécialisée. À la lumière des lectures réalisées et de notre vision théorique, la définition de l'aide spécialisée pour cette recherche est considérée comme étant un accompagnement professionnel externe pouvant se présenter sous différentes formes (exemples : psychothérapie, médicale, hébergement, etc.) et fréquences, dont un employé peut avoir recours s'il se retrouve aux prises avec des soucis personnels, professionnels ou familiaux ou des problèmes de santé physique ou psychologique qui affectent ou qui sont susceptibles d'affecter son rendement ou son comportement au travail et ce, dans l'optique du maintien ou de l'amélioration de sa santé psychologique au travail. En regard de l'événement potentiellement traumatique, la terminologie retenue est celle de Josse (2014) considérant que l'impact traumatique est propre à chacun et vécu différemment pour chaque individu concerné.

5.2 DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Pour les hypothèses 1 a) et 1 b), elles sont infirmées par les résultats. De prime abord, force est de constater que près de 40 % de l'échantillon des participants ayant vécu un événement potentiellement traumatique dans le cadre de leurs fonctions professionnelles n'ont jamais consulté et leur niveau de bien-être est légèrement supérieur à ceux qui ont consulté une aide psychologique spécialisée. Il en est de même en regard du niveau de détresse, se situant un peu plus bas que la moyenne des policiers ayant consulté. Ainsi, il est possible de croire que le fait de consulter ou non n'améliore pas automatiquement l'état de bien-être ni la situation globale de santé mentale. Il s'avère qu'à la lumière des résultats obtenus, l'aide psychologique spécialisée actuellement disponible est questionnable en vue

de l'amélioration de sa santé psychologique au travail. Il y aurait donc intérêt à réviser les types d'aide actuellement dispensés dans le milieu policier puisque leur efficacité au niveau du bien-être du policier est difficilement reconnue. À cet effet, il est possible de croire que les policiers attendent d'être dans un état de détresse très avancé avant de solliciter un soutien externe. Par conséquent, le fait d'aller consulter un psychologue, à titre d'exemple, selon les barèmes du P.A.E., ne soit pas suffisant pour atteindre un niveau de bien-être amélioré.

Ces résultats peuvent être expliqués de différentes raisons. De prime abord, une certaine résistance par le policier a été évoquée dans l'étude de Blum (1987). En effet, il énonce la probabilité que ce dernier n'aille pas chercher de l'aide, car il veut éviter de vivre une émotion. Plus encore, il indique que les policiers répriment leurs émotions, car les montrer est plutôt associé à une perte de contrôle (Blum, 1987). Il est possible que cette façon de réagir soit associée à la culture policière dont la conceptualisation est, à ce jour, vaste. Dépeinte par une nature paramilitaire, machiste ou empreinte de masculinité et de conservatisme, ce sont plusieurs adjectifs utilisés pour la définir. À notre connaissance, aucune étude ne la présente de façon scientifique. Celle-ci semble demeurer dans la notion des mœurs et des croyances. Selon Thérout (2000), les policiers reconnaissent, eux-mêmes, la présence de multitudes de cultures et de clivages au sein des organisations policières. Ceci étant connu, peu de stratégies sont élaborées en vue de les démystifier, mais aussi, de les éradiquer.

Par ailleurs, si on se réfère au tableau présentant les stratégies permettant à l'individu de surmonter le traumatisme à la page 46, force est de constater la propension au soutien des proches. Certes, l'environnement extérieur du policier a manifestement un rôle non négligeable à jouer en regard de sa santé psychologique au travail. À cet effet, il nous paraît opportun de rappeler que selon De Soir *et al.* (2012), de nombreux auteurs dont Territo et Vetter (1981), insistent sur l'instauration de programmes de formation et de soutien pour les conjoints permettant une meilleure compréhension, communication entre l'intervenant et sa

famille concernant la profession et ses difficultés. Selon Mc Cammon *et al.* (1988), la famille est la première source de support avant les collègues et amis. D'ailleurs, tel que cité dans les travaux de Levenson, Dwyer et Lauren, 2003 et Boudarene, 2004, il importe de tenir compte du soutien social dans la gestion d'événements traumatiques.

L'étude de Loo (1986) énonce des recommandations intéressantes soit l'importance que chaque individu ayant vécu ce type d'événement reçoive un support psychologique de type debriefing rapidement, qu'une aide spécialisée lui soit offerte, qu'une période d'arrêt de travail soit recommandée, qu'un support psychologique soit offert à l'entourage de proximité du policier et que les services d'aide spécialisée soient impliqués davantage auprès des formations policières dont celle de recrutement. Encore là, sans pour autant négliger l'efficacité des services offerts, il importe de ne pas omettre les individus qui composent l'environnement externe du policier.

Également, afin de réaliser leur mission avec efficacité et d'offrir une prestation de services de qualité aux citoyens, il va sans dire que l'état de santé physique et psychologique des policiers se doivent d'être considérés. Pour ce faire, outre la responsabilité individuelle de l'employé, l'employeur a également certaines responsabilités à cet égard. Donc, l'aspect préventif doit primer l'aspect curatif. En effet, le policier mais aussi, son organisation policière a un rôle à jouer dans la prévention et le maintien d'une bonne santé mentale au travail. D'ailleurs, l'étude de Marmar *et al.* (2006) démontre que les stressors organisationnels sont encore plus influents sur l'état de détresse psychologique que les événements rencontrés dans le cadre des opérations. À cet égard, dans les programmes avant-gardistes offerts, soulignons l'implication de Via Rail Canada auprès de leurs techniciens de locomotives. Afin de préserver leur santé mentale étant témoin de suicides et d'accidents, un programme est offert aux employés et une diminution significative d'états traumatiques a été constatée dans les dernières années. Un support thérapeutique et un protocole immédiat sont mis en place lors d'un événement à nature potentiellement traumatique

D'autre part, certaines études répertoriées dans la recension des écrits soulèvent des suggestions afin de maximiser les chances de participation, de satisfaction et de réussite en termes de démarche d'aide. Bien que l'étude de Plant (2000) évoque l'importance de préconiser un service d'aide professionnelle plus familier avec l'environnement au travail, les résultats de notre présente recherche nous permettent de conclure que la consultation du policier à une aide psychologique spécialisée en lien avec la réalité du métier ne l'amène pas à vivre un état de bien-être supérieur à celui ayant sollicité une aide plus générale. Plus encore, le niveau de détresse constaté est supérieur au policier ayant bénéficié d'une aide plus générale. Ainsi, les hypothèses 2 a) et 2 b) sont également rejetées.

Les résultats vont à l'encontre de la littérature répertoriée à ce sujet. Plusieurs auteurs dénotent l'importance que l'aide psychologique spécialisée proposée aux policiers soit en lien avec la réalité de leur métier. Selon Rhéaume (1996), l'aide apportée par les P.A.E. doit être remise en question du fait que les programmes qui y sont offerts présentent des stratégies de réparation fortement éloignées du développement et de la qualité de vie au travail. Dans le même ordre d'idées, abordant les interventions précoces, De Soir *et al.* (2012) rappellent que seul des intervenants formés de manière continue (par des « psy » spécialisés, connus et reconnus, pouvant assurer le suivi psychologique thérapeutique éventuel) à la gestion de ce type d'événement pourront fournir cet appui. Également, certains écrits dont celui de Dowling, Genet et Moynihan (2005) laissent entrevoir l'apport bénéfique des pairs aidants, soit des employés du milieu de travail ayant reçu une formation portant sur la détection des personnes affectées, sur la référence et sur diverses habiletés d'intervention. Ces avenues ne sont certainement pas à négliger.

Somme toute, les hypothèses 2 a) et 2 b) déterminent l'aide psychologique spécialisée la plus efficace parmi les types d'aide préalablement déterminées bien que leur efficacité soit réfutée par les conclusions des hypothèses 1 a) et 1 b). Les résultats sont sans équivoque : le niveau de bien-être au travail est supérieur chez le policier ayant consulté un psychologue au

privé. De plus, le participant ayant consulté le P.A.E. ou un psychologue au privé présente un niveau de détresse plus faible que celui ayant consulté auprès de la maison d'hébergement offrant des traitements spécialisés au niveau des métiers d'urgence. D'ailleurs, rappelons que Besner (1985) affirme qu'un programme d'aide aux employés peut être avantageux pour un service de police sous bien des aspects. Dépendamment du souci de l'organisation à publiciser les activités de prévention, mais aussi, à rendre accessible le P.A.E., cela peut permettre à l'employé de dédramatiser sa démarche d'aide qui, au préalable, peut s'avérer laborieuse. En ce qui concerne le choix du psychologue en pratique privée, il est à noter que la possibilité de choisir permet au participant de faire un choix en fonction de l'expertise du professionnel.

Ainsi, les résultats de cette recherche ont mené à approfondir notre réflexion. En ce sens, il est possible de croire que l'état dans lequel le policier sollicite les services spécialisés de la maison d'hébergement offrant des traitements spécialisés au niveau des métiers d'urgence se situe dans un niveau de détresse hautement significatif que celui qui a recours à une aide plus générale. À cet effet, à l'instar des échanges informels, il serait possible d'expliquer ces résultats considérant que présentement, la maison d'hébergement offrant des traitements spécialisés au niveau des métiers d'urgence n'est envisagée qu'en solution de dernier recours par les policiers. Donc, l'état de détresse psychologique au travail du policier aurait tendance à être, d'emblée, plus avancé que le policier qui va chercher une aide psychologique spécialisée à l'externe. Plus encore, il est possible qu'un policier ayant bénéficié d'un service auprès de la maison d'hébergement offrant des traitements spécialisés au niveau des métiers d'urgence présente, en plus, d'autres types de difficultés tels que des dépendances, des symptômes dépressifs ou anxieux. Il arrive parfois qu'ils soient diagnostiqués à un trouble de stress post-traumatique sur place et leur état demeure plus aggravé.

5.3 LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude comporte certaines limites qui se doivent d'être soulignées, dont l'absence de contrôle de certaines variables qui auraient été pertinentes pour une analyse plus complète et exhaustive des résultats. La première se rencontre dès l'analyse des caractéristiques des participants. En effet, les conclusions des hypothèses 2 a) et 2 b) révèlent l'importance des facteurs personnels du policier. À cet égard, rappelons la synthèse élaborée par Martin *et al.* (2006) concernant les facteurs propres liés à l'individu en matière de stratégies comportementales et cognitives se présentant comme des mécanismes de protection face à des événements traumatiques. Certes, ces éléments sont difficilement généralisables. Plutôt, ils sont uniques à chacun ce qui rend leur recension ardue. Cette étude ne prend pas en compte les facteurs plus symptomatiques tels que l'anxiété ou la dépression ce qui s'avère être une limite considérable en ce qui concerne le portrait des répondants.

Également, la dimension du bien-être psychologique au travail précédant la demande d'aide n'a pas été colligée. Ainsi, l'absence de cette donnée nous incite à la prudence en regard de l'interprétation des résultats, plus spécifiquement en ce qui concerne l'influence du traitement offert par la maison d'hébergement offrant des traitements spécialisés au niveau des métiers d'urgence. Il serait intéressant d'obtenir la donnée du niveau de bien-être initial de ces participants avant leur demande d'aide.

Une autre limite importante réside dans le fait de notre incapacité à mesurer la qualité de l'intervention offerte au policier. Des comparaisons ont été réalisées concernant différentes formes d'aide préalablement déterminées sans, pour autant, être en mesure de déterminer l'efficacité du service d'aide psychologique spécialisée rendu. Certes, l'objectif de ce mémoire n'était pas de vérifier la satisfaction du policier suivant une demande d'aide psychologique spécialisée. Néanmoins, à la lumière de cette information, il faut considérer cette précision dans l'interprétation des résultats de la présente recherche.

En terminant cette partie sur les limites, il importe de souligner que notre collecte de données ne nous permet pas d'identifier les professionnels consultés relativement aux formes d'aide préalablement déterminées soit le P.A.E. et le psychologue au privé. Il est possible que certains d'entre eux possèdent l'expertise nécessaire en vue de travailler avec des employés des services d'urgence. Dans l'ensemble, les prochaines études devront certes porter une attention particulière à ces limites.

5.4 APPORTS DE LA RECHERCHE

Maintenant, sur le plan pratique, cette étude amène des notions à considérer telle l'importance de questionner l'aide psychologique spécialisée actuellement offerte au milieu policier en vue d'améliorer ou de maintenir une bonne santé psychologique au travail. Il y aurait lieu de revoir les pratiques actuelles autant sur le plan préventif que curatif. À l'instar de la recherche réalisée par Desjardins *et al.* (2017), le policier ayant vécu un événement potentiellement traumatique dans le cadre de ses fonctions de travail diffère sur quatre dimensions de la santé psychologique au travail soit l'harmonie sociale, l'irritabilité, le désengagement et l'anxiété au travail. Cette conclusion réitère l'importance de se soucier de cette profession, contrainte à vivre des situations pouvant s'avérer perturbantes et traumatiques, dans le cadre de leurs fonctions opérationnelles.

Aussi, la présente étude met en lumière l'importance de prendre en compte l'environnement du policier (soutien des proches) dans la démarche d'aide. Ces individus s'avèrent représenter des alliés positifs et significatifs au maintien d'une bonne santé psychologique au travail. Également, cette recherche permet de réitérer la pertinence de maximiser les stratégies préventives au sein de l'organisation policière. Ces méthodes se doivent d'être supportées autant par la gestion que par les employés. Tant par des marques de reconnaissances personnalisées que par le sentiment d'écoute et de support présent, ces

facteurs représentent autant d'éléments pouvant agir directement au niveau de la santé psychologique au travail. Cette perspective se doit d'être commune. En effet, nous sommes d'avis que les efforts doivent prendre prémisses par un désir intrinsèque avant d'être en mesure d'être mobilisable vers un souci collectif.

De plus, par cette étude, nous souhaitons également sensibiliser les policiers de l'importance de l'aide psychologique spécialisée. Comment y parvenir? En premier lieu, il faut permettre aux policiers de dédramatiser la notion de « l'aide psychologique spécialisée » tout en favorisant son accessibilité au sein de l'organisation policière. Tout compte fait, ce n'est pas une mince tâche. Également, nos lectures nous permettent de croire que le milieu de l'éducation, offrant la formation policière, se montre sensible à l'importance du savoir-être dans la profession. Toutefois, considérant la détresse encore palpable dans le milieu policier, y aurait-il lieu de réviser les processus de sélection? Cela nécessite d'être étudié.

Sur le plan théorique, actuellement, peu de recherches présentent des résultats ayant une valeur scientifique reconnue concernant ce sujet. La préoccupation de la santé psychologique au travail est devenue de plus en plus importante avec le temps. Dans l'ère d'aujourd'hui, les attentes des employés ne sont plus uniquement liées à la rémunération, le souci du contexte et du milieu de travail sont également considérés. Dans les dernières années, force est de constater un certain engouement dans le milieu de la recherche en ce qui concerne l'impact des professions relevant des métiers d'urgence en regard de leur santé psychologique au travail. À notre sens, considérant le vide théorique de notre sujet, ce mémoire amorce manifestement un courant de recherche.

5.5 PISTES DE RECHERCHES FUTURES

Évidemment, quelques pistes de recherches ultérieures sont possibles afin d'outrepasser les limites de la présente étude et d'améliorer nos connaissances du milieu policier. En premier lieu, il serait pertinent que de futures recherches se basent sur un modèle d'analyse plus complet pour inclure un plus grand nombre de variables qui sont susceptibles d'influencer la santé psychologique au travail notamment, les facteurs personnels en vue d'examiner davantage les caractéristiques personnelles propices à l'occupation de cette profession telles que certaines composantes du Big Five.

En second lieu, il serait opportun de déterminer de façon plus précise le type d'aide sollicitée par le policier puisqu'à ce jour, il demeure difficile d'évaluer la qualité de l'intervention offerte auprès des policiers. De surcroît, en vue d'estimer la satisfaction de l'aide psychologique spécialisée reçue, une étude de type longitudinal pourrait s'avérer pertinente dès l'amorce de la démarche d'aide, et ce, jusqu'à la fin de la demande de service. En ce sens, cela permettrait une évaluation plus exhaustive du niveau de détresse et de bien-être avant et après la démarche d'aide. Également, cela permettrait d'ajuster les stratégies d'intervention actuellement offertes en vue d'assurer une meilleure efficacité auprès de cette profession.

Enfin, nous avons vu dans la littérature que le milieu policier est un domaine fragilisé en regard de sa santé psychologique au travail. Il est reconnu que la nature du métier de policier le rend plus susceptible de vivre un événement à teneur traumatique qui peut entraîner des répercussions considérables, tant sur le plan individuel que professionnel (Leclercq, 2008). Toutefois, nous estimons que d'autres domaines d'emplois sont également précaires. En ce sens, nous pouvons évoquer la profession d'agent des services correctionnels en milieu carcéral ou des répartiteurs des urgences. Le contexte de travail dans l'ensemble de ces milieux n'est pas pour le moins fragile. Ainsi, ce pourrait également être de possibles

variables à étudier. Considérant que ces milieux se rapprochent du milieu policier, l'ajout de ces variables pourrait contribuer à expliquer la situation des policiers et par le fait même, pourrait influencer la portée des résultats.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La santé psychologique au travail est une préoccupation en constante évolution dans les dernières années. Force est de constater les nombreux défis en regard de la gestion de la santé mentale au sein des organisations policières. En plus de devoir composer avec la particularité des fonctions professionnelles reliées aux métiers d'urgence, ceux-ci doivent apprendre à gérer les facteurs personnels propres à l'individu, organisationnels, politiques ainsi que les enjeux sociaux. Par exemple, l'exposition à un événement potentiellement traumatique devrait être gérée cas par cas considérant que la réaction est unique à chacun (Josse, 2014). Or, ce n'est pas une mince tâche ! Cette étude démontre la pertinence de revoir les stratégies offertes aux policiers afin de les rendre davantage accessibles et cohérentes aux besoins du milieu. De surcroît, la stigmatisation à l'égard de l'aide psychologique spécialisée appert faire partie des entraves inhérentes vers la démarche d'aide. Certes, cela va au-delà de l'accessibilité aux services puisqu'il prend prémisses dans la culture policière. D'autres études s'avèrent nécessaires pour permettre d'identifier les éléments spécifiques à ce milieu, ce qui nous permettrait de mieux comprendre les risques qui guettent ces travailleurs puisque, à ce jour, la détresse psychologique reste un danger présent pour l'ensemble des policiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACHILLE, M. A. (2003a). « Définir la santé au travail. I. La base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail. In R. Foucher, A. Savoie & L. Brunet (Éds.) ». *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*, Montréal, QC: Éditions Nouvelles, pp. 65-90.
- ACHILLE, M. A. (2003b). « Définir la santé au travail. II. Un modèle multidimensionnel des indicateurs de la santé au travail. In R. Foucher, A. Savoie & L. Brunet (Éds.) ». *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*, Montréal, QC: Éditions nouvelles, pp. 91-112.
- ALEXANDER, D. (2000). *Debriefing and body recovery: Police in a civilian disaster*. Raphael, Beverley (Ed); Wilson, J. (Ed), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*, pp. 118-130.
- ALEXANDER, D. et WELLS, A. (1991). "Reactions of police officers to body-handling after a major disaster: before-and-after comparison" *British Journal of Psychiatry*, 159, pp. 547-555.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1996). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux – DSM-IV*. Masson, Paris. (pour la traduction française)
- BABIN, M. (1983). « Facteurs du stress bien particuliers au policier ». *La gazette de la Gendarmerie Royale du Canada*, 45 (10), pp. 10-11.
- BARRD, P. P., DECI, E L. et RYAN, R. M. (2004). « Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings ». *Journal of Applied Social Psychology*, 34, pp. 2045-2068.
- BESNER, H.F. (1985). "Employee Assistance Programmes: A Valuable Asset for Police Departments." *The Police Chief*. 1985, 52(2), pp. 34-35.
- BISSON, J. et DEAHL, M.P. (1994). Psychological debriefing and prevention of posttraumatic stress. More research is needed. *British J Psychiatry* ; 165; pp. 717-721.

- BISSON, J., JENKINS, P. L., ALEXANDER J. et BANNISTER, C. (1997). « Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma ». *British Journal of Psychiatry*, 171, pp. 78-81.
- BLUM, L. (1987). Officer Survival After trauma; The Companion Officer Program, *Journal of California Law Enforcement*, pp. 33-37.
- BNA Special Report. (1987). Employee Assistance Programs: Benefits, Problems and Prospects. Washington, D.C.: Bureau of National Affairs Inc.
- BOUDARENE, M. (2004). Souffrance au travail et Burn out chez des agents de Police en exercice : Une étude préliminaire, *Le Journal International De Victimologie*, 2 (2).
- BOURBONNAIS, R., BRISSON, C., MOISAN, J. et VÉZINA, M. (1996). Job strain and psychological distress in white-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 22: pp. 139-145.
- BOURNIQUEL, P. M. (1991). Le policier et le stress. *La tribune du CP*, 52, pp. 35-38.
- BOUSQUET DES GROSEILLIERS, I., MARCHAND, A. et BRUNET, A. (2006). La prévention du trouble de stress post-traumatique : tout n'a pas encore été tenté. *Psychologie canadienne*, 47(A), pp. 273-283.
- BRAGDON, R. A., GRAY, M. J., KOLTS, R. L., HEUTON, D. A., PUMPHREY, J. E. et BYNUM, M. E. (2000). Poster session presented at the 34th annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- BRENNAN, K.N., KYSTER, T.L. VINTON, M. and CITTA, J. (1987). *A police department EAP: innovative design reaches a closed system*. *EAP Digest*. 7(5), pp. 46-51.
- BREUER, J. et FREUD, S. (1895). Études sur l'hystérie. Paris: Presses universitaires de France. Édition 2002.
- BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P. et PETERSON, E. (1991). Traumatic events and Posttraumatic Stress Disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48, pp. 216-222.
- BRESLAU, N., KESSLER, R., CHILCOAT, H., SCHULTZ, L., DAVIS, G. et ANDRESKI, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 55:626-632.

- BRILLON, P. (2004). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: Guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal : Les Éditions Quebecor.
- BRIOLE, G. (2005). Une clinique individuelle du traumatisme in Chaumon et Ménéghini, *La chose traumatique*, Éditions l'Harmattan, Paris, pp. 59-70.
- BROUGH, P. (2004). « Comparing the Influence of Traumatic and Organizational Stressors on the Psychological Health of Police, Fire, And Ambulance officers », *International Journal of Stress Management*, Vol. 11, No. 3, pp. 227-244.
- BROWN, J. & CAMPBELL, E. A. (1994). *Stress and policing, sources and stratégies*. Chichester : John Wiley and sons (ltd)
- BRUCHON-SCHWEIZER, M. (2002). « Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes ». Dunod, Paris.
- CAPPS, F.L. (1984). Peer-Counseling : An Employee Assistant Program. FBI Law Enforcement Bulletin 2.
- CARLIER, I. et GERSONS, B. (1994). Trauma at work: Posttraumatic stress disorder as occupational hazard, *Journal of occupational Health Safety Australia and New Zealand*, 19, pp. 264-266.
- CARLSON, E. DALENBERG, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, and Abuse*, 1, pp. 4-28.
- CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CCHST). (2014). *Professions et lieux de travail policiers*, consulté sur <http://www.cchst.ca/oshanswers/occup_workplace/police.html>, mise à jour le 2 décembre 2014.
- CHOPKO, B. A. (2010). « Post-traumatic distress and growth : an empirical study of police officers », *American Journal of Psychotherapy*, vol. 64 no.1 pp. 55-72.
- COLE, D. C., IBRAHIM, S., SHANNON, H.S., SCOTT, F. E. et EYLES, J. (2002). « Work and life stressors and psychological distress in the Canadian working population: A structural equation modelling approach to analysis of the 1994 National Population Health Survey ». *Public Health Agency of Canada* **23**(3): pp. 1-17.

- CONSEIL DU TRÉSOR. (2017). Directive 12-74 concernant les services de premiers soins dans la fonction publique adoptée par la décision du Conseil du trésor du 31 juillet 1974. <https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/a_propos/sst_brochure.pdf>
- CONSTANT, R.T. (1984). « Not so obvious police stress ». *Law and Order*, September, 32, n0 9, pp. 65-68.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CSST). (2002). *Lésions professionnelles indemnisées liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique*. Direction de la statistique et de la gestion de l'information. 21 janvier 2002.
- CORBO, Claude, président. (1996). *À la recherche d'un système de déontologie policière juste, efficient et frugal*. Rapport de l'examen des mécanismes et du fonctionnement du système de déontologie policière. Québec : Ministère de la Sécurité publique du Québec.
- COTTRAUX, J. (2012). « Appliquer la psychologie positive dans le monde du travail ». *Psychologie positive et bien-être au travail*, Éditions Elsevier Masson.
- CRÈTE, J. (2003). L'éthique en recherche sociale. Dans B. Gauthier (Eds), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données* (pp. 243-265). Sainte-Foy, Québec : Presse de l'université du Québec.
- CROCQ, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.
- CYR, M. P. (2010). « La détresse psychologique et les facteurs personnels : étude du milieu policier ». Mémoire présenté à l'Université de Montréal : Département des relations industrielles.
- DAGENAIS-DESMARAIS, V. (2010). « Du bien-être psychologique au travail : Fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit ». Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales : Département de psychologie, Université de Montréal.
- DEBOUT, F. (2009). « La santé à l'épreuve du travail ». *Mouvements* 2009/2 (n° 58), pp. 7-12.

- DECI, E. L. et RYAN, R. M. (2000). « The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour ». *Psychological Inquiry*, 11, pp. 227-268.
- DECI, E. L., RYAN, R. M., GAGNÉ, M., LEONE, D. R., USUNOV, J. et KOMAZHEVA, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, pp. 930-942.
- DE CLERCQ, M. et DUBOIS V. (2001). « Le traumatisme psychique ». *Les traumatismes psychiques*. Paris: Éditions Masson, pp.13-21.
- DE CLERCQ, M. et LEBIGOT, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*, Paris: Éditions Masson, 2001.
- DE JONGE, J., BOSMA, H., PETER, R. et SIEGRIST, J. (2000b). « Job strain, effortreward imbalance and employee well-being: a large-scale crosssectional study ». *Social Science & Medicine* 50: 1317-1327.
- DE JONGE, J., REUVERS, M., HOUTMAN, L. D. I., BONGERS, M. P. et KOMPIER, A. J. M. (2000a). Linear and Nonlinear Relations Between Psychosocial Job Characteristics, Subjective Outcomes, and Sickness Absence: Baseline Results From SMASH. *Journal of Occupational Health Psychology* 5(2): pp. 256-268.
- DESJARDINS, C., DESCHÊNES, A-A., DUSSAULT, M. (2017). Événement potentiellement traumatique et santé psychologique des policiers québécois : perception d'un impact unique? Communication présentée au congrès de la *Société Québécoise de Recherche en Psychologie*. Montréal, Québec.
- DE SOIR, E. (1999). *La gestion du stress traumatique chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers*. Expériences avec le debriefing psychologique en Belgique. Département des sciences du comportement, École royale militaire, 30, avenue de la Renaissance, 1000 Bruxelles, Belgique.
- DE SOIR, E., DAUBECHIES, F., VAN DEN STEENE, P. (2012). Stress et trauma dans les services de police et de secours. Anvers-Apeldoorn. Édition Maklu, 284 p.
- DOEPAL, D. (1991). Crisis management: the psychological dimension. *Industrial Crisis Quarterly*, 5, pp. 177-188.

- DOLAN, S.L. (1989). Stress, santé et sécurité au travail: réflexions générales et implications dans le milieu des policiers. Actes du colloque, APSAM (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur "Affaires Municipales"), pp. 34-43.
- DOLAN, S.L.; SCHULER, R.S. (1995). *La gestion des ressources humaines au seuil de l'an 2000*, Éditions du renouveau pédagogique, St-Laurent, 747 p.
- DOWLING, F. G., GENET, B. et MOYNIHAN, G. (2005). A confidential peer-base assistance program for police officers. *Psychiatric Services*, 56 (7), p. 870-871.
- DUCHESNEAU, J. (1988). *Les réalités du stress en milieu policier*, projet d'intervention présenté à l'ÉNAP en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique, ÉNAP, Montréal, 246 p.
- DUCKWORTH, D. (1986). Psychological problems arising from disaster work. *Stress Medicine*, 2, pp. 315-323.
- DUNNING, C. (1988). *Mental health response to mass emergencies, theory and practice*. Department of Governmental Affairs, University of Wisconsin, Milwaukee WI, USA.
- ELNTIB, S. et ARMSTRONG, T. (2014). « Critical incidents impact on front-line South Africa police personnel in light of the current briefing and debriefing strategies ». *South Africa Journal of Psychology*, vol. 44, no. 4, pp. 416-425.
- FARMER, R.E. et MONAHAN, L.H. (1980). « The Prevention Model for Stress Reduction : a Concept Paper ». *Journal of Police Science and Administration*, volume 8, Issue 1, page 54 à 60.
- FOREST, J. (2005). Vérification de l'effet de la passion et la satisfaction des besoins de base sur la performance, le bien-être psychologique, la détresse psychologique, l'état de flow et la vitalité subjective au travail. *Dissertation Abstracts International*, 68 (2). (UMI no. NR23153).
- FOX, J., DESAI, M. M., BRITTEN, K., LUCAS, G., LUNEAU, R. et ROSENTHAL M. S. (2012). Mental-Health Conditions, Barriers to Care, and Productivity Loss Among Officers in An Urban Police Department. *Connecticut Medicine*, Octobre, vol. 96 no.9, p. 525-531.
- GERSONS, B. et CARLIER, I., Post -traumatic stress disorder: The history of a recent concept. In *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161: 742-748.

- GERSONS, B. et CARLIER, I. (1994). Treatment of work-related trauma in police officers: Posttraumatic stress disorder and post-traumatic decline. In MB Williams, JF Sommer, *Handbook of post-traumatic therapy : A practical guide to intervention, treatment and research*. Wesport CT: Greenwood Press.
- GILBERT, M-H. (2009). «La santé psychologique au travail : conceptualisation, instrumentation et facteurs organisationnels de développement ». Thèse présentée à la faculté des études supérieures, Département de psychologie : Université de Montréal.
- GILBERT, M-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 61, 195-203.
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2005). Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes, L.C., ch. 21.
- HETHERINGTON, A. (1993). Traumatic stress on the roads, *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 8, no. 5, pp. 369-378.
- HOBFOLL, S. E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere publishing corporation.
- HODSON, D.M. et FALLON, F.R. (1989). Les programmes d'aide aux membres: tout un avantage pour les services de police, *La Gazette de la Gendarmerie royale du Canada*, 51(3), pp.18-19.
- HOLLEMBEAK, J. et AMOROSE, A. J. (2005). Perceived coaching behaviours and college athletes' intrinsic motivation: A test of self-determination theory. *Journal of Applied Sport Psychology*, 17, 20-36.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2017). Le Québec chiffres en main, édition 2017 (Corrigé le 11 avril 2017). Date de parution : 31 mars 2017.
- INSTITUT DE RECHERCHE ROBERT-SAUVÉ EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL (IRSST) (2003). 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.

- INSTITUT DE RECHERCHE ROBERT-SAUVÉ EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL (IRSST) (2010). 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.
- INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL (IUSMM). (2014). En chiffre au Québec. <<http://www.iusmm.ca/hopital/sante-mentale/en-chiffres.html>>. Consulté en 2017.
- JAHODA, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- JANET, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris : Alcan.
- JOSSE, É. (2013). Le debriefing psychologique dans un cadre professionnel. <www.resilience-psy.com>.
- JOSSE, É. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Bruxelles : De Boeck.
- KARASEK, R. (1990). Lower health risk with increased job control among white collar workers. *Journal of Organizational Behavior* **11**(3): 171-185.
- KARASEK R. et THEORELL, T. (2000). The Demand-Control-Support Model and CVD. *Occupational Medicine: State of the Art Review* **15**(1): 78-83.
- KARLSSON L et CHRISTIANSON, S.-Å. (2003). *The phenomenology of traumatic experiences in police work* in Policing: An International Journal of Police Strategies and Management, vol.26, Issue 3, pp. 419-438.
- KELLOWAY, E. K. et DAY, A L. (2005). La constitution d'un milieu de travail sain: ce que nous savons jusqu'à maintenant. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 37, 236-249.
- KEYES, C.L.M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C.L.M. Keyes (Ed.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293-312). Washington, DC: American Psychological Association.
- KEYES, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.

- KOMAROVSKAYA Irina, MAGUEN Shira, McCASLIN Shannon E., METZLER Thomas J., MADAN Anita, BROWN Adam D., GALATZER-LEVY Isaac R., HENN-HAASE Clare et MARMAR Charles R. (2011). « The Impact of killing and injuring others on mental health symptoms among police officers », *Journal of Psychiatric Research*, no 45, pp. 1332-1336.
- KROES, W.H. (1985). *Society's Victims – The Police, an Analysis of Job Stress in Policing*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, 187 p.
- KROES, W.H, HURREL J.J. et MARGOLIS, B.L. (1974). « Job Stress in Police Administrators », *Journal of Police Science and Administration*, volume 2.
- LANGE, J.T., LANGE, C.L. et CABALTICA, R.B.G. (2000). Primary care treatment of posttraumatic stress disorder. *Am Family Physician*. September 1 ; 62 (5) : 1035-1041.
- LATREILLE, J. et TRÉPANIÉ, L. (1992). La méthode expérimentale en sciences humaines, Collection Notes de cours, InfoTag, Montréal, 277 p.
- LEBIGOT, F. (1997). La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann. Médico. Psychol.* 155 (8), p.522-526.
- LECLERCQ. C. (2008). « Les modalités de la prise en charge et de la gestion des événements traumatiques vécus par les policiers au cours de leurs fonctions au Québec ». Thèse de doctorat en criminologie, Université de Montréal, Québec.
- LEVASSEUR, M. (2010). « Analyse des besoins des employés du Ministère des Transports à risque d'être exposés à des événements traumatiques ». Essai de troisième cycle, Université du Québec à Trois-Rivières.
- LEVENSON, R. L., DWYER, L. A. (2003). Peer Support in Law Enforcement: Past, Present, and Future, *International Journal of Emergency Mental Health*, 5 (3), 147-152.
- LHUILIER, D. et LITIM, M. (2009). « Le rapport santé-travail en psychologie du travail. » *La Découverte*, vol. 58, p. 85-96.
- LOO, R. (1984). Le stress professionnel dans les forces policières, *Santé mentale au Canada*, 32, n° 2, 18-21.

- LOO, R. (1986). Post-shooting Stress Reactions among Police Officers, *Journal of Human Stress*, 12:1, 27-31.
- LYUBOMIRSKY, S., & DICKERHOOF, R. (2006). Subjective well-being. Dans J. Worell, & C. D. Goodheart (Eds), *Handbook of girls' and women's psychological health: Gender and well-being across the lifespan*, (pp. 166-174). New York: Oxford University Press.
- MACDONALD, Lori, sous-ministre adjointe (2016). Ministerial Roundtable on Post-traumatic Stress Disorder in Public Safety Officers. Comité permanent de la sécurité publique et nationale. SECU, *Evidence*, 1st Session, 42nd Parliament, May 2016.
- MACDONALD, V. N. (1986) *Étude du leadership et de la supervision au sein des corps policiers*. Ottawa: collège canadien de police.
- MALANCHUK, O., & ECCLES, J. S. (2006). Self-esteem. Dans J. Worell, & C. D. Goodheart (Eds), *Handbook of girls' and women's psychological health: Gender and well-being across the lifespan*, (pp. 149-156). New York: Oxford University Press.
- MANOLIAS, M. (1991). Les policiers face au stress. *Revue internationale de la police criminelle* (Mai/Juin), 13-17.
- MASI, D.A. (1984). *Designing Employee Assistance Programs*. New York: American Management Associations, 1984.
- MASSÉ, R., POULIN, C., DASSA, C., LAMBERT, J., BÉLAIR, S., et BATTAGLINI, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social indicators research*, 45, 475-504.
- MARCHAND, A. (2007). Mental health in Canada: Are there any risky occupations and industries? *International Journal of Law and Psychiatry* **30**: 272-283.
- MARCHAND, A., BOYER, R., MARTIN, M., et Nadeau, C. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers - Volet rétrospectif*. Études et recherches / Rapport R-633, Montréal, IRSST, 2010, 120 p.
- MARCHAND, A., BOYER, R., MARTIN, M., et Nadeau, C. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement*

traumatique chez les policiers - Volet prospectif. Études et recherches / Rapport R-633, Montréal, IRSST, 86 p.

MARIN, René J. président (1991) Comité externe d'examen de la Gendarmerie Royale du Canada – Document de recherche 5 : Programme d'aide aux employés – Philosophie, théorie et pratique.

MARMAR, C. R., McCASLIN, S. E., METZLER, T. J., BEST, S., WEISS, D. S., FAGAN, J., LIBERMAN, A., POLE, N., OTTE, C., YEHUDA, R., MOHR, D. et NEYLAN, T. (2006). «Predictors of Posttraumatic Stress in Police and Other First Responders», *Annals New York Academy of sciences*, no. 1071, p.1-18.

MARTIN M., GERMAIN, V. et MARCHAND, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique in Guay S., Marchand A., *Les troubles liés aux événements traumatiques*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 52-86.

MAUSNER-DORSCH, H. et EATON, W. W. (2000). Psychosocial Work Environment and Depression: Epidemiologic Assessment of the Demand–Control Model. *American Journal of Public Health* 90(11): 1765-1770.

MAYOU, R. A., EHLERS, A. et HOBBS, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Threeyear follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.

McCAMMON S., DURHAM T.W., JACKSON ALLISON E. Jr. & WILLIAMSON, J.E. (1988). Emergency workers' cognitive appraisal and coping with traumatic events. *Journal of traumatic stress*. Volume 1, Issue 3, July 1988, p. 353-372.

McCREARY, D. R. et THOMPSON, M. M. (2006). « Development of Two Reliable and Valid Measures of Stressors in Policing : The Operational and Organizational Police Stress Questionnaires », *International Journal of Stress Management*, vol. 13 no. 4, p. 494-518.

MITCHELL, J. T. et EVERLY, G. E. (2008). *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency Services and Disaster Workers*. Ellicott City : Chevron.

MITCHELL, J. et RESNICK, H. (1981). *Emergency response to a crisis intervention guide P.O.S.T. for emergency service personnel*. Bowie, MD: Robert J. Brady.

- MONAHAN, L. et FAMER, R.E. (1980). *Stress and Police*, Palisades publishers, Pacific Palisades.
- MORIN, E. (2010). « Prévenir la détresse, certes : promouvoir le bien-être psychologique, certainement ! » *Le journal des psychologues*, vol. 283, p. 38-41.
- NDJAMBOU, P. (2009). *Politique de développement du contenu*. Mouvement des Associations Générales Étudiantes de l'Université du Québec à Chicoutimi. 68 p.
- NEHME, A., DUCROCQ, F. et VAIVA, G. (2004). Les debriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques. *Revue francophone du stress et du trauma* 4 (4) : 249-263.
- NICOLAS, V. (1998). La psychologie à la rescousse des sapeurs-pompiers. *Le sapeur-pompier*, 896, 678-980.
- NIEDHAMMER, I., GOLDBERG, M., LECLERC, A., BUGEL, I. et DAVID, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 24(3): 197-205.
- OLIGNY, M. (1990). *La police : Les risques liés aux métiers exerçant des régulations d'incidents critiques*. Presses de l'Université du Québec.
- OLIGNY, M. (1991). *Stress et burnout en milieu policier*. Presses de l'Université du Québec, Montréal.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé* (2).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs, rapport sur la santé dans le monde.
- PAYETTE, P. (1985). À propos du stress dans le travail policier. *Santé mentale au Québec*, volume 10, numéro 2, p. 140-144.

- PENDLETON, M., STOTLAND, E., SPIERS, P. et KIRSCH, E. (1989). Stress and Strain among Police, Firefighters and Government Workers. *Criminal Justice and Behavior*, vol. 16, 2, p. 196-210, Firts Published Jun 1.
- PIERRE, K. D. (1985) « Amélioration du bien-être en milieu de travail : un défi pour le programme d'aide aux employés » *Santé mentale au Québec*, vol. 10, n° 2, 1985, p. 171-175.
- PLANT, B. (2000). Psychological trauma in the police service. *International Journal of Police Science & Management*, 3, pp. 327-349.
- PONNELLE, S. (2002). Des déterminants du stress à la santé au travail : l'exemple des sapeurs-pompiers. *Stress au travail et santé psychique*, Éd. M. Neboit, M. Vézina, France, Octares, p. 227-236.
- REIS, H. T., SHELDON, K. M., GABLE, S. L., ROSCOE, I. et RYAN, R. M. (2000). Daily wellbeing: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- RENCK, B., WEISAETH, L. et SKARBÖ, S. (2002). Stress reactions in police officers after a disaster rescue operation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(1), 7-14.
- RHÉAUME, J. (1996). *Travail et santé mentale. Une analyse des programmes d'aide aux employés (P.A.E.)*, Rapport final. Université du Québec à Montréal.
- RIME, B. (2005). *Le partage social des émotions*. Paris : Éditions Presses Universitaires Françaises.
- ROBBERS, M.L.P. et JENKINS, J.M. (2005). Symptomatology of PTSD among first responders to the pentagon on 9/11. *Police Practice and Research : An International Journal*, 235-249.
- ROTELLA, R. J. (1984). The psychology of performance under stress, *F.B.L Law Enforcement Bulletin*, 53, n° 6, 1-11.
- SAVOIE, A. BRUNET, L., BOUDRIAS, J-S et GILBERT, M-H. (2010). « Surenchère de la non-santé psychologique au travail ». *Le journal des psychologues*, vol. 283, p. 31-34.
- SHAER, J. "Peer Counselling: Points to Consider." *On Site*. 1986, 2(4), 4.

- SHELDON, K. M. et ELLIOT, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: the self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76,482-497.
- SHELDON, K. M., RYAN, R. et REIS, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1270-1279.
- SILES, A.-M., LAFORÊT, N. et COSTANTINO, C. (2011). Urgence institutionnelle : l'institution face à l'événement traumatique, *Cliniques* 2011/2 (N° 2), p. 164-185.
- SPERRY, L., HOFFMAN, L., COX, R. H., & COX, B. E. (2007). Spirituality in achieving physical and psychological health and well-being: Theory, research and low cost interventions. Dans L. L'Abate (Éd), *Low-cost approaches to promote physical and mental health: Theory, research, and practice*, (pp. 435- 452). New York: Springer Science + Business Media.
- STANSFELD, S., FUHRER, R., SHIPLEY, M.J., et MARMOT, M.G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational Environmental Medicine* 56: 302-307.
- STENNETT-BREWER, L. (1987). Conceptual and Service Transformations in the Mental Health and Employee Assistant Movements. *Journal of workplace behavioral health*, Volume 2, Issue 3, p.15-27.
- TERRITO, L. et VETTER, H.J. (1981). « Stress and Police Personnel », *Journal of Police Science and Administration*, volume 9, numéro 2, pp. 195-208.
- THÉROUX, M. (2000). « Portrait et cause des abus d'autorité commis par les policiers québécois – Étude exploratoire ». Mémoire présenté à l'Université de Montréal : Département des relations industrielles.
- VAN DER DOEF, M. et MAES, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress* 13(2): 87-114.
- VÉZINA, M., COUSINEAU, M., MERGLER, D., VINET, A. et LAURENDEAU, M-C. (1992). *Pour donner un sens au travail*. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail. Boucherville : Gaëtan Morin, éditeur.

- VÉZINA, M., ST-ARNAUD, L., STOCK, S., LIPPEL, K., et FUNES, A. (2011). Chapitre 9 : Santé mentale. Dans *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail 2007-2008 (EQCOTESST)*, Rapport R-691 (p. 591-645). Montréal : Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail.
- VIOLANTI, J. M. (1983). Stress patterns in police work: a longitudinal study, *Journal of Police Science and Administration*, 11, n° 2, 211-216.
- VIOLANTI, J. M. (1996). *Epidemie in Blues*, Department of criminal Justice, Rochester, NY.
- VIOLANTI, J. M. (2001). Post traumatic stress disorder intervention in law enforcement: Differing perspectives, *Australasian Journal of Disaster & Trauma Studies*, 5(2): NP.
- WAGNER, M. (1984). Consultation traumatologique et application de la loi, Perspectives sur le service social d'entreprise, Ed. R.J. Thomlison, Services à la famille - Canada, p. 137-143.
- WARE J. E. et SHERBOURNE, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF- 36).1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30,473-483.
- WARR, P. B (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon.
- WEST, C., BERNARD, B., MUELLER, C., KITT, M., DRISCOLL, R. et TAK, S. (2008). Mental Health Outcomes in Police Personnel After Hurricane Katrina. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*: June 2008, Vol 50, Issue 6, p. 689-695.
- WILKINS, K. et BEAUDET, M. P. (1998). Le stress au travail et la santé. *Rapports sur la santé* 10(3): 49-66.
- YARMEY, A. D. (1990). *Understanding police and police work*. New-York : University Press.
- ZHANG, Q., & ZHU, W. (2008). Exploring emotion in teaching: Emotional labor, burnout, and satisfaction in Chinese higher education. *Communication Education*, 57, 105-122.

ANNEXE
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

J'ai pris connaissance du projet de recherche décrit dans le courriel d'information aux participants.

J'ai été informé(e), des objectifs du projet, de ses méthodes de collectes de données et des modalités de ma participation au projet.

Je suis également informé(e) :

- a) de la façon dont laquelle les chercheurs assureront la confidentialité des données;
- b) de mon droit de communiquer, si j'ai des questions sur le projet, avec la responsable du projet (Andrée-Ann Deschênes, 418-723-1986, poste 1141);
- c) de mon droit de ne pas répondre à certaines questions;
- d) de mon droit de me retirer à tout moment du questionnaire sans devoir justifier ma décision.

J'ai l'assurance que les propos recueillis seront traités de façon confidentielle et anonyme.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche en débutant le questionnaire.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX
--

1. Sexe

- Homme
- Femme

2. Âge

- 18-24 ans
- 25-34 ans
- 35-44 ans
- 45 ans et plus

3. État civil

- Célibataire
- Conjoint de fait
- Marié
- Divorcé
- Séparé
- Veuf

4. Situation familiale

- Avec enfant (s) et conjoint (e)
- Avec conjoint (e) seul (e)
- Avec enfant (s)

5. Formation académique

- Cégep – Techniques policières ou École nationale de police
- Universitaire
- Autre

6. Années d'ancienneté au sein de l'organisation policière

- Moins d'un an
- 1 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 à 25 ans
- Plus de 25 ans

7. Situation d'employabilité actuelle

- Retraité
- À l'emploi
- Maladie
- Autre : _____

8. Rôle actuel dans l'organisation

- Syndiqué
- Officier

9. Années d'ancienneté dans la fonction que vous occupez actuellement

- Moins d'un an
- 1 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 à 25 ans
- Plus de 25 ans

10. District de l'exercice de la profession actuelle

- District Est
- District Nord
- District Ouest
- District Sud
- Grand Quartier Général

11. À quelle grande fonction appartenez-vous ?

- Surveillance du territoire
- Administration
- Enquêtes criminelles
- Direction générale

SECTION 3 : RECOURS À L'AIDE PROFESSIONNELLE

1. **Avez-vous déjà remis en doute votre choix de carrière?**
 - Oui
 - Non

2. **Si oui, quelle fut votre décision?**
 - Statut quo
 - Restructuration des tâches
 - Changement de fonction
 - Changement d'équipe / Changement de lieu de travail
 - Réorientation de carrière
 - Autre : _____

3. **Dans le cadre de vos fonctions professionnelles, avez-vous déjà bénéficié d'une aide sur le plan de la santé (ex. : psychologue, médecin, etc.)?**
 - Oui
 - Non

4. **Si oui, de quelle nature (plusieurs choix possibles)?**
 - Suivi psychologique en privé
 - Traitement pharmacologique
 - Suivi médical
 - Suivi psychiatrique
 - Maison d'hébergement pour les métiers d'urgence
 - Programme d'aide aux employés (PAE)

5. **Sur une échelle de 1 à 7 (7 = très important), encerclez le chiffre qui correspond à l'énoncé suivant :**

Quelle est mon appréciation de l'aide sollicitée?

- Mode formel (PAE, debriefing, etc.) 1 2 3 4 5 6 7
- Mode formel (Consultations privées; ex. : Maison d'hébergement pour les métiers d'urgence, psychologue) 1 2 3 4 5 6 7
- Mode informel (collègues, supérieurs, famille, amis, etc.) 1 2 3 4 5 6 7

Quelle est ma perception relativement à l'importance qu'accorde mon employeur à la santé psychologique de ses employés?

1 2 3 4 5 6 7

6. **Dans votre vie personnelle, avez-vous déjà sollicité une aide sur le plan de la santé ?**

- Oui
- Non

7. **Vivez-vous avec une situation particulière (ex : diagnostic, etc.) sur le plan médical ?**

Sur le plan de la santé physique :

- Oui
- Non

Sur le plan de la santé mentale :

- Oui
- Non

SECTION 4 : ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE
--

1. **Dans votre vie PERSONNELLE, avez-vous déjà vécu un événement qui a eu une portée traumatique dans votre vie (ex : abus, accident, menaces, violence, etc.) ?**
 Oui
 Non

2. **Dans votre vie PROFESSIONNELLE, avez-vous déjà vécu un événement qui a eu une portée traumatique dans votre vie?**
 Oui
 Non (passé à la question 5 de cette section)

3. **À quand remonte le dernier évènement potentiellement traumatique dans lequel vous avez été impliqué au travail?**
 La semaine dernière
 Le mois dernier
 L'année dernière
 Entre 1 et 5 ans
 Plus de 5 ans

Pour les prochaines questions, rapportez-vous à un évènement qui vous a semblé à fort potentiel traumatique depuis le début de votre carrière.

3. **Quel élément a fait en sorte de mener à le catégoriser comme un événement traumatique? Cochez dans le tableau ci-bas l'énoncé ou les énoncés qui s'y rattachent.**

Ma vie ou celle de mon collègue est menacée

Sentiment d'impuissance / Perte de contrôle

Toute situation face à la mort

Sentiment d'être isolé / Seul au monde	
Être contraint à l'insensibilité (mettre de côté ses émotions)	
Imprévisibilité	
Autre : _____	

4. Quelle a été la durée de l'événement?

- Moins de 30 minutes
- 1 heure
- Entre 2 et 6 heures
- 24 heures
- Plus de 24 heures

5. Dans la liste ci-dessous, indiquez les stratégies que vous croyez les plus pertinentes pour passer au travers d'un événement potentiellement traumatique dans le cadre de vos fonctions (plusieurs choix possibles).

- Loisirs (ex. : lecture, entraînement, etc.)
- Cours / Formations / Simulations
- Avoir surmonté un événement semblable par le passé
- Soutien des supérieurs
- Soutien des proches (conjoint, ami, famille, etc.)
- Soutien des collègues
- Suivi psychologique PAE
- Suivi psychologique par un spécialiste des métiers d'urgence
- Debriefing de groupe*
- Réaménagement des tâches de travail
- Congé de maladie
- Attitude positive
- Humour
- Consommation (alcool, drogues, cigarettes, etc.)
- Spiritualité
- Autre

:

SECTION 5 : SANTE PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

Encerchez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous vivez dans votre milieu de travail.

1	2	3	4	5
Jamais	Occasionnelleme nt	Souvent	Très souvent	Toujours

1	Je suis satisfait de mes réalisations, fier	1	2	3	4	5
2	Je suis fonceur, j'entreprends plein de choses	1	2	3	4	5
3	Je me sens équilibré émotionnellement	1	2	3	4	5
4	Je me sens aimé et apprécié	1	2	3	4	5
5	J'ai des buts, des ambitions	1	2	3	4	5
6	J'ai le goût de pratiquer loisirs et activités hors travail	1	2	3	4	5
7	J'ai facilement un beau sourire	1	2	3	4	5
8	Je suis égal à moi-même, naturel	1	2	3	4	5
9	J'ai une bonne écoute pour mes collègues	1	2	3	4	5
10	Je suis curieux, je m'intéresse à toutes sortes de choses	1	2	3	4	5
11	Je trouve mon travail excitant et j'ai envie d'en profiter	1	2	3	4	5

12	Ma vie est bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles	1	2	3	4	5
13	Je suis plutôt calme, posé	1	2	3	4	5
14	Je trouve facilement des solutions à mes problèmes	1	2	3	4	5
15	Je suis en bon terme avec mes collègues	1	2	3	4	5
16	Je travaille avec modération, j'évite les excès	1	2	3	4	5
17	J'ai l'impression de vraiment apprécier mon travail	1	2	3	4	5
18	J'ai beaucoup d'humour, je fais rire mes collègues	1	2	3	4	5
19	Je suis bien dans ma peau, en paix avec moi-même	1	2	3	4	5
20	Je me sens en santé, en pleine forme	1	2	3	4	5
21	Je sais affronter positivement les situations difficiles	1	2	3	4	5
22	J'ai un bon moral	1	2	3	4	5

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous vivez dans votre milieu de travail.

1	2	3	4	5
Jamais	Occasionnelleme nt	Souvent	Très souvent	Toujours

1	J'ai l'impression d'avoir raté ma carrière	1	2	3	4	5
2	Je suis agressif pour tout et pour rien	1	2	3	4	5
3	J'ai tendance à m'isoler, à me couper du monde	1	2	3	4	5
4	J'éprouve de la difficulté à faire face à mes problèmes	1	2	3	4	5
5	Je suis facilement irritable, je réagis mal aux commentaires	1	2	3	4	5
6	Je n'ai plus le goût de faire quoi que ce soit de plus	1	2	3	4	5
7	Je me sens dévalorisé, je me sens diminué	1	2	3	4	5
8	Je suis en conflit avec mes collègues	1	2	3	4	5
9	J'ai envie de tout lâcher, de tout abandonner	1	2	3	4	5
10	Je me sens triste	1	2	3	4	5
11	J'ai l'impression que personne ne m'aime	1	2	3	4	5
12	Je suis arrogant et même bête avec mes collègues	1	2	3	4	5

13	Je manque de confiance en moi	1	2	3	4	5
14	Je me sens préoccupé, anxieux	1	2	3	4	5
15	Je perds patience	1	2	3	4	5
16	Je me sens déprimé, «down»	1	2	3	4	5
17	Je manque d'initiative, je suis moins fonceur	1	2	3	4	5
18	J'ai le sentiment d'être inutile	1	2	3	4	5
19	Je me sens désintéressé par mon travail	1	2	3	4	5
20	Je me sens mal dans ma peau	1	2	3	4	5
21	Je me sens stressé, sous pression	1	2	3	4	5
22	Je suis moins réceptif aux idées de mes collègues	1	2	3	4	5
23	Difficulté à me concentrer	1	2	3	4	5

