

# Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson:

Rapport d'une enquête auprès des  
étudiants et du personnel sur  
l'impact psychologique et  
la recherche d'aide



**Fusillade du 13 septembre 2006 au  
Collège Dawson: Rapport d'une enquête  
auprès des étudiants et du personnel sur  
l'impact psychologique et la recherche d'aide**

**Citation suggérée:**

Boyer, R., Lesage, A., Guay, S., Bleau, P., Séguin, M., Steiner, W., Szkrumelak, N., Gauvin, D., Miquelon, P., Roy, D., Chawky, N. *Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson: Rapport d'une enquête auprès des étudiants et du personnel du Collège Dawson sur l'impact psychologique et la recherche d'aide*. Deuxième de quatre rapports déposés au ministère de la Justice du Québec sur l'évaluation de l'impact psychologique et de l'intervention psychologique suite à la fusillade au Collège Dawson le 13 septembre 2006.

**Équipe de recherche**

*Ordre alphabétique*

**Pierre Bleau**, M.D., FRCPC, médecin psychiatre, Coordonnateur de l'équipe, Directeur médical du Programme d'anxiété du CUSM, Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill.

**Richard Boyer**, M.A. (Soc.), Ph.D., Chercheur, Département de psychiatrie, Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

**Stéphane Guay**, Ph.D., psychologue-chercheur, Directeur du Centre d'études sur le trauma, Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et Professeur agrégé, École de criminologie, Université de Montréal.

**Alain Lesage**, M.D., FRCPC, M.Phil., médecin psychiatre et Professeur au Département de psychiatrie, Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

**Monique Séguin**, Ph.D., Professeure, Université du Québec en Outaouais; Centre d'études McGill sur le suicide, Institut universitaire en santé mentale Douglas.

**Warren Steiner**, M.D., FRCPC, Psychiatre en chef, Département de psychiatrie, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill.

**Nadia Szkrumelak**, M.D., FRCPC, Psychiatre en chef adjointe, Département de psychiatrie, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill.

Dépôt légal  
Bibliothèque et  
Archives nationales du Québec, 2010  
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN 978-2-922577-88-4

1<sup>er</sup> septembre 2010

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2010  
Tous droits réservés

Distribué par le Centre de documentation de  
l'Hôpital Louis-H. Lafontaine  
Téléphone : 514 251-4000 poste 2964;  
Télécopieur : 514 251-0270  
Web : [www.hlhl.qc.ca](http://www.hlhl.qc.ca)  
Courriel : [bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca)

**Merci...**

**Téléphonistes**: Dan Jeannotte, Jessica Burai, Julie Potvin, Ever Yobany Rivas, Frances Moyle, Alexandra Martin, Kang Min Lee, Mélanie Riccio, Maria Garcia, Adam Leiner, Barbara Skerrett, Grace Hlywa Maytan, Robin Wiviott et tous les autres.

**Administrateurs et personnel du Collège Dawson**: Richard Filion, Diane Gauvin, Donna Varrica, Paul Rastelli, Shirley Jorgensen, Andrew Mackay, Mary Hlywa, Geoff Kloos, Drago Kresovic et tous les autres.

**Assistanat de recherche**: Denise Roy, Nadia Chawky, Paule Miquelon, Jean-François Dupont, Emilie Soulard, Julie Fiset-Laniel, Christian Sauvé, Philippe Lesage, Nicole Guay, France Proulx, Christian Levac et l'équipe MultiSpectra.

**Un merci tout spécial à toutes ces personnes qui ont accepté de se rappeler ces tristes événements**: les étudiants, le personnel de soutien, les professeurs, les professionnels, les administrateurs et les intervenants, les parents, spécialement à la famille de Anastasia De Sousa.



À l'honorable Jean-Marc Fournier,

Ministre de la Justice du Québec

Le 13 septembre 2006, un tireur fait irruption au Collège Dawson. Il tue une personne, en blesse 19 autres et se suicide par la suite. Il s'agit de la troisième tragédie du genre à survenir au Québec ; une tragédie qui a laissé sa marque dans la mémoire collective.

Le Collège Dawson, par sa mission d'enseignement, a souhaité que l'analyse de la situation permette d'améliorer les interventions psychosociales si de tels événements devaient se reproduire.

C'est dans ce contexte que l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a reçu, en 2007, une subvention du Gouvernement du Québec pour étudier les impacts psychologiques de ce drame. Pour ce faire, une collaboration interuniversitaire dynamique a été instituée entre l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'Université du Québec en Outaouais, de même qu'avec le Collège Dawson. En plus d'aborder les impacts psychologiques de ce drame sur la population exposée, l'étude a permis d'évaluer le plan d'intervention psychologique mis en place et de proposer un modèle de plan d'intervention pour faire face à des situations similaires.

Sous la direction scientifique du Dr Alain Lesage, notre équipe, composée de chercheurs du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Groupe McGill d'étude sur le suicide et de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, vous présente les quatre documents suivants :

- Évaluation du plan d'intervention psychologique d'urgence ;
- Rapport d'une enquête auprès des étudiants et du personnel du Collège Dawson sur l'impact psychologique et la recherche d'aide ;
- SECURE (Soutien, évaluation et coordination unifiés pour le rétablissement et l'éducation) : un programme d'intervention psychologique multimodal ;
- Synthèse et recommandations.

En vous remettant cette étude, les chercheurs associés souhaitent apporter aux réseaux de la santé, de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique, les éléments d'information nécessaires pour intervenir efficacement dans le contexte d'un drame comme celui vécu le 13 septembre 2006 au Collège Dawson.

Dr Pierre Bleau  
Directeur médical du programme d'anxiété  
Centre universitaire de santé McGill

## SOMMAIRE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Une enquête à l'aide d'instruments standardisés a été réalisée 18 mois après l'événement auprès de tous les étudiants et membres du personnel inscrits au Collège Dawson le 13 septembre 2006. Parmi les 10 000 étudiants et membres du personnel inscrits, 948 ont accepté de participer à l'étude en répondant aux questionnaires assistés par ordinateur dans une salle aménagée au Collège même (28 %) ou sur un site Web sécurisé (72 %). Le projet avait reçu l'approbation des comités d'éthique et de recherche de Dawson, du Centre universitaire de santé McGill et du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H Lafontaine. Les questionnaires utilisés pour relever les troubles mentaux, la perception de la santé et l'utilisation des services sont similaires à ceux utilisés en 2002 par Statistique Canada dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2 sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 1.2). Une échelle de sévérité d'exposition spécifique à la fusillade survenue au Collège Dawson a été créée pour l'étude, le gradient tenant compte du nombre de situations vécues et du risque de trauma associé à chaque situation.

### Les principaux résultats de l'étude peuvent se résumer comme suit:

- La grande majorité des répondants (79 %) étaient présents au sein du Collège lors de la fusillade. Plus du tiers des répondants ont indiqué avoir été témoins de quelqu'un blessé ou tué par le tireur; 50 % ont entendu des coups de feu; 52 % se sont cachés avec d'autres personnes (les répondants peuvent avoir vécu plus d'une de ces situations). Suite à la fusillade, près de 18 % des répondants ont développé un trouble mental alors qu'ils n'en avaient pas connu auparavant dans leur vie. Si on s'attendait à l'éclosion d'épisodes d'état de stress post-traumatique (ÉSPT; 2 %), on observe aussi d'autres troubles comme la dépression majeure (5 %); la dépendance à l'alcool (5 %); phobie sociale (3 %). De plus, des personnes ayant déjà connu des troubles mentaux ont continué de les éprouver dans les 18 mois suivant la fusillade, au total 30 % des répondants ont présenté un des troubles mentaux. Or, c'est au moins deux fois plus que ce qui était observé au Québec lors de l'ESCC 1.2. L'exposition à la fusillade semble pouvoir induire des idées suicidaires (7 %) et des tentatives de suicide (1 %), là encore près de deux fois plus que dans l'ESCC 1.2. Les impacts psychologiques se poursuivent 18 mois après l'événement alors que les répondants rapportent avoir une moins bonne perception de leur santé mentale que dans l'ESCC 1.2, et plus de 7 % continue de présenter des symptômes de détresse post-traumatique.
- Plus la sévérité de l'exposition spécifique à la fusillade est grande, plus augmente le risque de présenter l'ÉSPT ou un trouble anxieux, dépressif ou de la dépendance à l'alcool.
- Près de 5 % de la population de Dawson ont consulté un professionnel pour la première fois dans leur vie après la fusillade; mais plus ont consulté parmi ceux qui avaient déjà consulté auparavant. Ainsi, dans les 18 mois depuis le 13 septembre 2006 au total près de 13 % ont consulté un professionnel de la santé mentale (par exemple 6 %, un psychiatre; 7 % un omnipraticien; 7 % un psychologue). En cela, la population de Dawson ne diffère pas vraiment de la population québécoise de 2002, à l'exception d'une plus grande accessibilité des psychiatres, sans doute liée à leur rôle unique dans la réponse psychologique à l'événement. Cependant, près de 14 % de l'échantillon dit avoir utilisé l'Internet pour des questions de santé mentale au cours de la période post-fusillade, et en cela diffère beaucoup de la population québécoise en 2002 (0.5 %).
- Plus de 80 % des personnes ayant consulté au moins une ressource a estimé avoir reçu au moins un service satisfaisant, mais près de la moitié estimait qu'ils auraient eu besoin d'un autre service supplémentaire. Parmi les services supplémentaires requis, l'information et la psychothérapie/counselling étaient cités plus fréquemment. La majorité des personnes ayant présenté un trouble mental suite à la fusillade n'ont pas consulté, et en cela ne diffèrent pas de la recherche d'aide dans la population québécoise lorsqu'elle présente un trouble mental. Et la raison la plus souvent citée en était une d'acceptabilité



Plus la sévérité de l'exposition spécifique à la fusillade est grande, plus augmente le risque de présenter l'état de stress post-traumatique ou un trouble anxieux, dépressif ou de la dépendance à l'alcool.

Près de 14 % de l'échantillon dit avoir utilisé l'Internet pour des questions de santé mentale au cours de la période post-fusillade, et en cela diffère beaucoup de la population québécoise en 2002.

L'impact psychologique de la fusillade de Dawson a été considérable, avec 30 % de la population atteinte, le double du taux attendu.

(le problème va se régler par lui-même...) alors que ce n'est pourtant pas le cas après 18 mois pour bien des répondants comme indiqué précédemment. Des raisons d'accessibilité aux services ont également été évoquées par 14 % des répondants qui considéraient avoir des besoins non comblés d'aide.

- Comme suite à d'autres catastrophes, les blessures psychologiques frappent bien plus de personnes que les blessures physiques. L'impact psychologique de la fusillade de Dawson a été considérable, avec 30 % de la population atteinte, le double du taux attendu. Les personnes ayant déjà connu un trouble mental se sont montrées plus vulnérables et ont vu leurs troubles mentaux se poursuivre. Plus les personnes ont été exposées de près à l'événement, plus le risque de développer un trouble mental augmente, au point où on devrait considérer comme blessées psychologiquement toutes les personnes qui ont été exposées de très près à l'événement (avoir vu le tueur, avoir été blessé, avoir été témoin de personnes blessées, avoir été un proche d'une personne blessée ou tuée); et celles exposées de plus loin, au moins deux fois plus à risque que la population générale. La majorité des étudiants et du personnel atteints psychologiquement n'ont pas consulté de professionnels, mais si on tient compte de leur recours massif à l'Internet pour s'informer, la majorité aurait été prête à consulter si une articulation avait été faite entre les sites Internet et le désir exprimé de consulter. Si les répondants ayant eu recours aux services en ont été satisfaits, les besoins d'aide de la majorité n'ont pas été comblés si l'on considère qu'il existe des traitements efficaces, dont les psychothérapies, pour l'ensemble des troubles mentaux et toxicomanies identifiés chez la population de Dawson. Pour tous, les troubles ne sont pas passagers, et 18 mois après l'événement, les besoins d'aide évidents dans les premiers jours, voire les premiers mois, persistent. Les enjeux mentionnés par la population québécoise en 2002 ont été les mêmes chez les étudiants et le personnel de Dawson: rendre acceptable et accessible dans le cadre d'un système public de santé et de services sociaux, ces traitements potentiellement efficaces.

## INTRODUCTION

### Rappel de l'événement

Le 13 septembre 2006, un tireur agissant seul entre dans le Collège Dawson armé d'un fusil d'assaut et d'un pistolet. Il attaque au hasard des étudiants, des professeurs et des gens du personnel de soutien, tuant une étudiante et blessant gravement 19 autres personnes avant de se donner la mort.

Cette fusillade peut être envisagée dans le contexte plus large d'une série d'incidents violents qui ont eu lieu dans diverses institutions du système scolaire et universitaire à l'échelle mondiale. À Montréal, l'attaque au Collège Dawson était la troisième fusillade depuis 1989, précédée par la tuerie à l'École Polytechnique de 1989 et par l'attaque d'un professeur envers ses collègues à l'Université Concordia en 1992. En Amérique du Nord, il y a eu 33 fusillades fatales à victimes multiples en milieu scolaire au cours des 20 dernières années, en même temps qu'un nombre encore plus grand d'attaques non fatales ou n'impliquant qu'une seule victime au cours de cette même période. Ainsi durant l'année scolaire 2006-2007, cinq fusillades scolaires fatales à victimes multiples se sont produites d'abord en Caroline du Nord, puis au Québec, au Colorado, en Pennsylvanie et en Virginie.

### Pourquoi une enquête épidémiologique

Pour bien évaluer l'impact psychologique d'un tel événement, notre devis incluait en plus d'entrevues avec les groupes-clés décrites dans le plan *de facto* (« Rapport d'une enquête auprès des étudiants et du personnel du Collège Dawson sur l'impact psychologique et la recherche d'aide ». Roy, D. *et al.*, 2010), une enquête épidémiologique qui sera décrite ci-après. Bien qu'il ait été possible de recueillir des informations précieuses sur les répercussions psychologiques auprès des responsables des différents services offerts à la population affectée par l'événement, cette source d'information ne parvient pas à assurer la représentation de toutes les personnes. Effectivement, peu de personnes consultent après de tels événements et il s'agit souvent des cas les plus sévères. Par ailleurs, l'information disponible dans les dossiers des clients est confidentielle et le contenu et la forme de ces informations varient forcément d'un service à l'autre et demeure difficile à interpréter.

L'enquête épidémiologique s'avère donc une source d'information cruciale pour estimer fidèlement l'impact psychologique d'un tel événement. Étant structurée pour estimer l'état de santé psychologique de l'ensemble de la population affectée, elle est menée à l'aide d'un échantillon représentatif de celle-ci, et obtient un consentement éclairé de la part des participants. Par ailleurs, l'évaluation des impacts psychologiques est obtenue à l'aide d'instruments de mesure standardisés validés par des recherches antérieures. Ainsi, il est possible d'analyser plusieurs facettes de la santé mentale telles que la présence de troubles anxieux, dont l'état de stress post-traumatique, de troubles affectifs et d'abus et de dépendance aux substances psychoactives.

La collecte d'information sur les signes et symptômes psychologiques permet d'établir l'antériorité ou la postériorité de ceux-ci en regard de la date d'exposition à l'événement potentiellement traumatique. Les chercheurs obtiennent ainsi des estimés de prévalence (cas actifs dans une population) et d'incidence (nouveau cas au sein de la population) des divers troubles étudiés suite à l'événement. Enfin, les questionnaires utilisés dans ces recherches comprennent toujours une série de questions sur les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires de chaque répondant. Il est alors possible d'étudier les variations des prévalences et des incidences mesurées en fonction de ces caractéristiques des répondants.



[...] peu de personnes consultent après de tels événements et il s'agit souvent des cas les plus sévères.

Il existe des études épidémiologiques menées par des chercheurs suite à des traumatismes collectifs, mais pour des types d'agression complètement différents

## Connaissances actuelles sur l'impact psychologique des événements similaires à celui du Collège Dawson

Malgré la fréquence de ces incidents, il existe très peu d'études empiriques sur les effets psychologiques de ce type d'événements traumatiques en milieu scolaire. Les seuls documents disponibles répertoriés sont des rapports d'observation sur les causes et les conséquences de telles agressions ainsi que des suggestions sur les façons d'intervenir. Il existe des études épidémiologiques menées par des chercheurs suite à des traumatismes collectifs, mais pour des types d'agression complètement différents (ex. : celle à New York, 11 septembre 2001).

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) constitue un trouble psychiatrique fréquemment associé à l'exposition à un événement traumatique et le risque de le développer est plus élevé suite à un acte criminel avec violence, particulièrement chez les femmes (Tolin & Foa, 2006).

De 17,8% à 38,5% des personnes victimes d'un acte criminel développeront un ÉSPT (Breslau *et al.*, 1991 ; Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999; Kessler *et al.*, 1995 ; Resnick, *et al.*, 1993). La personne souffrant d'un ÉSPT doit avoir été exposée ou confrontée à une situation traumatique où il y a eu menace à sa vie ou à son intégrité physique (ou encore à celle d'autrui).

Selon les critères du *DSM-IV-TR* (APA, 2000), cet événement doit avoir suscité une réponse émotionnelle se caractérisant par une peur intense, de l'horreur ou de l'impuissance (Critère A). De surcroît, la personne souffrant d'un ÉSPT est affectée par un ensemble de manifestations symptomatiques anxieuses reliées à chacun des domaines suivants :

- (B) reviviscence persistante de l'événement traumatique vécu (e.g. flashbacks, cauchemars);
- (C) évitement des stimuli associés au traumatisme (e.g. pensées, conversations ou activités pouvant amener une réactualisation des souvenirs de l'événement) et émoussement de la réactivité au monde extérieur;
- (D) symptômes persistants d'hyperéveil (e.g. irritabilité, hypervigilance, réaction de sursaut).

Les symptômes doivent perdurer pendant plus d'un mois et entraîner une souffrance cliniquement significative chez la personne. Tel qu'il est spécifié dans le *DSM-IV-TR*, l'ÉSPT est considéré « chronique » lorsque les symptômes persistent pour une durée de trois mois ou plus. Le simple passage du temps s'accompagne rarement d'une rémission complète d'un ÉSPT et la majorité des personnes aux prises avec ce trouble psychologique ne recherchent ou n'obtiennent pas l'aide dont elles ont besoin (Kessler *et al.*, 1995).

En plus de l'ÉSPT, les troubles affectifs et anxieux et l'abus de substance se rencontrent aussi assez fréquemment chez ce type de victimes. En effet, les victimes de violence présentent de plus hauts niveaux d'anxiété et de dépression dans les mois qui suivent le trauma comparativement aux victimes d'accidents de la route (Norris & Kaniasty, 1994).

Par ailleurs, le risque de développer une symptomatologie post-traumatique semble varier en fonction de certaines caractéristiques des individus et de la sévérité de l'événement (ou degré d'exposition) auquel ces derniers sont exposés (Martin, Germain, & Marchand, 2006). En prévision de l'évaluation de la sévérité de l'exposition à la fusillade du 13 septembre 2006, l'équipe de recherche a développé une échelle de sévérité d'exposition à la fusillade qui nous permettra de vérifier si le risque d'ÉSPT et d'autres troubles mentaux s'accroît avec l'intensité de l'exposition.

La littérature scientifique sur l'impact d'une fusillade sur la santé psychologique des étudiants et des membres du personnel est limitée. Qui plus est, la littérature scientifique est même lacunaire quant à l'importance épidémiologique de l'ÉSPT au sein de la population générale de tout âge au Canada. Seulement trois recherches peuvent être identifiées pour le Canada. L'étude de Stein et collaborateurs (1997) menée en 1994 auprès d'un échantillon de résidents de Winnipeg (n=1002) rapporte une prévalence au cours du dernier mois de 2,0%. La différence observée entre les hommes et les femmes n'est pas statistiquement significative.

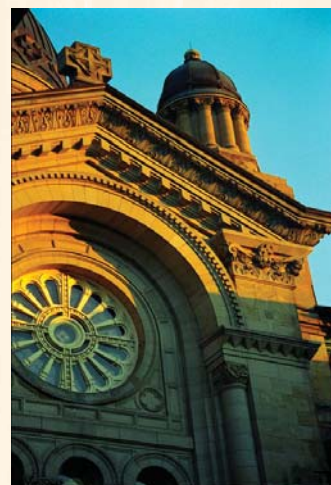
L'étude de Frise *et al.* (2002) est très limitée puisque la prévalence de 10,7% au cours du dernier mois est estimée à l'aide d'une seule question. Van Ameringen et collègues (2008) ont mené une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de Canadiens (n=2991) incluant un échantillon du Québec (n=720). Leur instrument de collecte de données est essentiellement le même que celui utilisé dans le cadre de la présente recherche (Composite International Interview Schedule). La prévalence à vie rapportée est de 9,2%, soit 5,3% chez les hommes et 12,8% chez les femmes ( $p < 0,05$ ). Les auteurs rapportent une prévalence de 2,4% au cours du dernier mois. La différence de prévalences entre les hommes (1,3%) et les femmes (3,3%) est statistiquement significative.

Puisque la présente recherche s'intéresse aussi à l'impact de la fusillade en termes de risque pour d'autres troubles mentaux susceptibles d'apparaître lors de telles circonstances (troubles affectifs, anxieux, toxicomanie et suicidalité), ces résultats seront commentés en comparaison avec ceux obtenus dans le cadre de la récente enquête de santé mentale menée sur l'ensemble du Québec (Kairouz, *et al.*, 2008).

## Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette enquête épidémiologique est d'évaluer les répercussions psychologiques, pédagogiques, professionnelles et sociales de la fusillade du 13 septembre 2006 sur les étudiants et les employés du Collège Dawson.

Le présent rapport de recherche se limite néanmoins à la description de l'impact psychologique chez les étudiants et chez les membres du personnel du Collège Dawson tel que mesuré par l'apparition de troubles mentaux, d'idéations suicidaires et de comportements suicidaires et avec une attention particulière à l'état de stress post-traumatique. Le rapport évalue aussi l'impact de l'exposition différentielle à l'événement traumatisant de la fusillade sur l'émergence de ces troubles et phénomènes. Il permettra aussi de décrire les différents profils de recours et de non-recours aux services de soutien psychologique offerts au Collège Dawson et par les diverses organisations sanitaires au sein de la collectivité en fonction des besoins.





## MÉTHODOLOGIE

### Population de référence

La population à l'étude est composée de l'ensemble des étudiants (n=8 779) et du personnel employé du Collège Dawson (n=1 312) au moment de l'événement, soit le 13 septembre 2006.

### Échantillonnage

Les étudiants et les membres du personnel sélectionnés pour constituer un échantillon aléatoire simple ont été rejoints par courrier afin de leur présenter les objectifs de l'étude et de les informer qu'un membre de l'équipe de recherche leur téléphonerait pour répondre à leurs questions et solliciter leur participation. Par la suite, l'assistante de recherche a pris rendez-vous avec le répondant pour la passation du questionnaire. Les étudiants ou les membres du personnel ont été invités à venir répondre aux questionnaires directement à l'ordinateur dans une salle du Collège aménagée à cette fin; ou à répondre sur l'Internet sur un site Web sécurisé.

Un formulaire de consentement a été rempli par le répondant avant de compléter l'entrevue sur ordinateur. L'échantillonnage des étudiants et du personnel de Dawson a été réalisé en collaboration avec le Collège Dawson et en accord avec la Fédération des étudiants, les associations syndicales et le programme d'aide aux employés. Le projet a reçu l'approbation des comités d'éthique du Centre universitaire de santé McGill, du Collège Dawson et du Centre de recherche Fernand-Seguin.

Le devis de recherche prévoyait la constitution d'un échantillon aléatoire simple de 2 000 répondants. Il n'a cependant pas été possible de constituer un tel échantillon. Au total 948 répondants furent recrutés, soit 854 étudiants et 94 membres du personnel. Cet échantillon constitue donc un échantillon de convenance qui ne peut être considéré pleinement représentatif de la population à l'étude. Néanmoins, une procédure de pondération a permis d'équilibrer les distributions de l'échantillon à celles de la population du Collège Dawson en ce qui a trait au sexe et au statut d'étudiant ou de membre du personnel du Collège. Suite à cette pondération, les proportions d'hommes et de femmes ainsi que celles d'étudiants et d'employés au sein de l'échantillon sont identiques à celles de la population de référence. Par ailleurs, il est rassurant de noter que la proportion d'étudiants présents au Collège au moment de la fusillade obtenue dans l'échantillon, soit autour de 80 %, correspond aussi à celle observée par la direction du Collège Dawson le jour de la fusillade.

### Instruments de mesure

La collecte des données a été menée à l'aide d'un instrument de mesure spécifiquement constitué aux fins de cette recherche. Il est construit à partir de plusieurs questionnaires validés. Puisque le présent rapport ne porte que sur une portion des informations recueillies, seuls les outils de mesure pour lesquels nous présentons des résultats seront décrits ci-après.

- **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**: la prévalence de troubles mentaux avant et après le 13 septembre 2006 et l'incidence de ces troubles après le 13 septembre 2006 ont été estimés à l'aide d'une version assistée par ordinateur bilingue du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) pour le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV)*. La version du CIDI utilisée dans le cadre de cette enquête (CIDI/Dawson) a été construite à partir de celle de Statistique Canada utilisée pour mener l'Enquête de santé auprès des collectivités canadiennes (cycle 1.2) (ESCC 1.2) et l'Enquête de santé auprès des collectivités canadiennes (supplément des Forces armées canadiennes). La version CIDI/Dawson couvre l'épisode dépressif majeur, les principaux troubles anxieux (trouble de stress post-traumatique, phobie sociale; agoraphobie, agoraphobie avec ou sans trouble de panique) et les troubles associés à l'abus et à la dépendance aux substances (alcool et drogues illicites).

Au total 948 répondants furent recrutés, soit 854 étudiants et 94 membres du personnel.

- **Caractéristiques sociodémographiques :** le CIDI comprend un module sociodémographique auquel sont ajoutées quelques questions permettant de décrire les caractéristiques académiques des répondants. Cette section du questionnaire permet d'établir le statut d'étudiant ou de membre du personnel.
  - **Échelle de sévérité d'exposition à la fusillade :** la proximité et les profils d'exposition à la fusillade du 13 septembre 2006 ont été estimés à l'aide de l'Échelle de sévérité d'exposition à la fusillade. Ce questionnaire *ad hoc*, construit selon le modèle proposé par l'équipe de Simeon (2003) par les membres de l'équipe de chercheurs, a été validé en cours d'enquête. Cette échelle permet de documenter l'exposition à la fusillade selon que la personne était à l'intérieur ou à l'extérieur du Collège.
  - **Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale (PCL-S) :** une seconde mesure du stress post-traumatique a été colligée à l'aide du PCL-S. Cet instrument auto-administré comprend 17 questions auxquelles des sujets répondent à l'aide d'une échelle de Likert de 5 niveaux (Pas du tout à Extrêmement). La version française de l'instrument a été validée par Ventureyra et collaborateurs (2002).
  - **Services de santé mentale et médication psychotrope :** l'utilisation des services de santé et de médicaments pour des motifs de santé mentale au cours de l'année avant et après le 13 septembre 2006 a été estimée grâce aux modules Services de santé mentale et Médication psychotrope utilisés dans le cadre de l'ESCC 1.2 de Statistique Canada en 2002. Ces modules couvrent l'utilisation, les sites, les coûts et la satisfaction envers les services mis en place spécifiquement suite à la fusillade. Les résultats pour le Québec de l'ESCC 1.2 de 2002 avec ce module sur les services se retrouvent dans un rapport de l'Institut de la Statistique du Québec (Lesage *et al.*, 2008) et servira de point de référence pour les résultats de l'étude à Dawson.
  - **Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ) :** les besoins non comblés par les soins de santé mentale ont été estimés avec le *Perceived Need for Care Questionnaire* (PNCQ) utilisé dans le cadre de l'*Australian Mental Health Survey* (1997 et 2007) et dans le supplément des Forces armées canadiennes de l'enquête ESCC 1.2 menée par Statistique Canada en 2002. Le questionnaire couvre l'utilisation de services dans l'année après le 13 septembre 2006 et explore les besoins d'interventions (médication, psychothérapie, soutien au travail ou aux études, information).
  - **Idéation suicidaire et tentative de suicide :** une série de questions standardisées identifient les répondants ayant sérieusement pensé au suicide ou ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie ou au cours des 18 mois précédant l'enquête.
    - Il est possible que les prochaines questions vous apparaissent sensibles, mais il est nécessaire de poser les mêmes questions à tous.
    - Avez-vous déjà **sérieusement** pensé à vous suicider?
    - Depuis le 13 septembre 2006, avez-vous **sérieusement** pensé à vous suicider?
    - Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?
    - Depuis le 13 septembre 2006, avez-vous fait une tentative de suicide?
- Ces questions sont fréquemment utilisées dans les grandes enquêtes de santé menées par Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec. Moscicki (1989) montre que ces questions sont des instruments de mesure largement utilisés dans les enquêtes de santé.
- **Auto-perception de sa santé physique :** un indice de l'état de santé physique a été obtenu à l'aide d'une question standardisée sur la perception de la santé physique : « Les prochaines questions portent sur votre bien-être et les aspects de votre vie qui peuvent affecter votre santé physique et émotionnelle. Prenez le temps de penser à chaque question avant de répondre. En général, diriez-vous que votre santé physique est : excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ? »





Ce type de mesure est fréquemment utilisé pour mesurer le concept de besoin (Mossey & Shapiro, 1982) et plusieurs études ont montré que la perception globale du statut de santé était fortement associée au statut de santé diagnostiqué et au risque de mortalité (Goldstein, Siegel & Boyer 1984; Burström & Fredlund, 2001). Cette question est posée dans toutes les grandes enquêtes de santé menées par Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec.

- **Satisfaction avec la vie :** un indice de satisfaction globale avec la vie en général a été établi à l'aide de la question standardisée suivante : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie en général ? Très satisfait, satisfait, ni satisfait ni insatisfait, insatisfait, très insatisfait ».

L'ensemble de ces questionnaires fut intégré et programmé à l'aide du logiciel William. La version du CIDI utilisée ici (CIDI/Dawson) constitue une adaptation du CIDI/ESCC 1.2 programmé par Jean Caron, Ph. D. du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. Les ajustements à cette version du CIDI furent effectués afin de rendre le CIDI/Dawson compatible à une auto-administration et pour permettre d'établir les prévalences des troubles mentaux mesurés 18 mois avant et 18 mois après le 13 septembre 2006<sup>1</sup>.

## Administration du questionnaire

La salle d'administration du questionnaire était située au Collège Dawson où vingt-cinq ordinateurs étaient à la disposition des répondants. L'aménagement des lieux assurait la discrétion et la tranquillité nécessaires au répondant.

Les étudiants et le personnel étaient invités à participer à l'enquête suite à une campagne de communication soutenue par la direction, les associations d'étudiants et celles du personnel. Cette enquête était aussi présentée avec force détails sur le site Web du Collège, dans le journal étudiant et dans certains quotidiens montréalais dans le but d'informer les parents dont les enfants fréquentent le Collège.

Sur place, les répondants étaient accueillis par une assistante de recherche. On vérifiait alors l'éligibilité de la personne à partir de la liste de l'échantillon; le formulaire de consentement était expliqué et ensuite signé par le répondant. Une psychologue ou une infirmière était toujours présente dans la salle, en plus de l'assistante de recherche.

Le CIDI/Dawson a été administré par ordinateur dans la salle aménagée à cette fin (28 %) ou directement sur le WEB sur un site sécurisé de la firme MultiSpectra. La majorité des répondants (97 %) complétèrent la version anglaise du CIDI/Dawson.

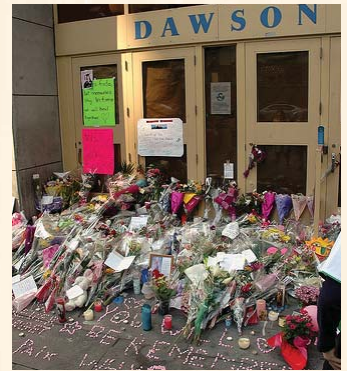
## Analyses statistiques

Le présent rapport de recherche s'appuie sur des analyses statistiques descriptives univariées, bivariées et multivariées. Les premières permettent de décrire les caractéristiques sociodémographiques, sociosanitaires et l'impact psychologique de la fusillade tels qu'observés au sein de l'échantillon. Ces phénomènes sont d'abord présentés sous forme de pourcentages et de moyennes. La prévalence et l'incidence des troubles mentaux étudiés sont décrites sous forme de pourcentages accompagnés d'intervalles de confiance indiquant la stabilité de ces estimés. Les relations bivariées, par exemple la distribution de la perception de la santé physique selon le sexe, sont testées à l'aide du Chi carré ( $\chi^2$ ) pour la comparaison de pourcentages ou du test de t de Student pour la comparaison de moyennes.

La description des troubles mentaux étudiés est effectuée à l'aide d'analyses multivariées permettant de considérer simultanément les caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires sélectionnées dans le cadre de ce rapport. Par exemple, ces analyses permettent d'établir

1. Ce travail a été effectué avec l'aide et le soutien de la firme MultiSpectra, créateur du logiciel William.

si les hommes ou les femmes sont plus à risque de développer un trouble mental spécifique tout en tenant compte du fait que les hommes et les femmes peuvent différer quant à l'âge et le niveau d'exposition à la fusillade. L'outil statistique utilisé est la régression logistique qui utilise le ratio de cotes (RC) à titre de mesure d'association. La cote (*odd*) s'obtient en calculant le quotient entre, par exemple, le nombre de non-cas et de cas de dépression chez les hommes (9 non-cas pour 3 cas = cote de 3) et le ratio de cotes s'obtient en divisant la cote chez les hommes par celle chez les femmes (4 non-cas et 2 cas = cote de 2). Dans cet exemple, le ratio de cotes est le quotient des deux cotes, soit  $3 / 2 = 1,5$ . Cette mesure d'association est aussi accompagnée de son intervalle de confiance où la valeur de 1,0 correspond à l'absence de relation. Le niveau de signification adopté dans le cadre du présent rapport est de 0,05, à moins qu'il en soit mentionné autrement.



La grande majorité des répondants sont des étudiants (90%), alors que les membres du personnel représentent près de 10% de l'échantillon.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires

Le Tableau 1 présente la distribution des répondants en fonction des principales caractéristiques sociodémographiques. La grande majorité des répondants sont des étudiants (90%), alors que les membres du personnel représentent près de 10% de l'échantillon. Les femmes constituent 57% de l'échantillon. Il n'y a pas de différence dans la distribution du genre en fonction du statut d'étudiant ou d'employé à Dawson. En outre, comme on pouvait s'y attendre pour le sous-groupe des étudiants, près de 45% des répondants ont 19 ans ou moins, alors que de la moitié (52%) ont entre 20 et 34 ans au moment de la fusillade. L'âge moyen des étudiants est de 21,3 ans. Chez les membres du personnel (non présenté au Tableau 1) près de neuf répondants sur 10 sont âgés de 35 ans et plus et leur âge moyen est de 50,5 ans. L'âge des étudiants et des membres du personnel diffère significativement ( $t = -22,81$ ;  $p < 0,0001$ ). La majorité des répondants sont célibataires (84%) et près de 14% sont mariés ou vivent en union libre. La grande majorité des étudiants sont célibataires (91,3%), alors que les membres du personnel sont majoritairement mariés ou vivent en union libre (66,5%). Tel que confirmé par la direction du Collège pour l'ensemble de la population de Dawson, la majorité (78,8%) des répondants était au Collège au moment de la fusillade.

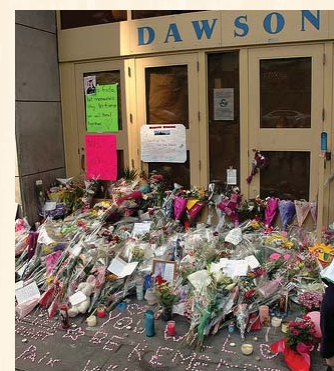
Interrogé sur leur satisfaction avec la vie, près de sept répondants sur 10 se disent très satisfaits ou satisfaits de leur vie (68,6%). Les hommes et les femmes ne diffèrent pas à cet égard, alors que le niveau de satisfaction envers la vie semble plus élevé chez les membres du personnel que chez les étudiants. La proportion de personnes très satisfaites ou satisfaites de leur vie est de 67% chez les étudiants et s'élève à 84% chez les membres du personnel ayant participé à l'étude ( $\chi^2 = 21,4$ ;  $p < 0,0001$ ).

Un peu plus de la moitié des répondants se dit en excellente ou très bonne santé physique (55%) et seulement une personne sur 10 évalue sa santé physique comme moyenne ou mauvaise (11%). Les hommes estiment leur santé physique plus positivement que les femmes ( $\chi^2 = 16,3$ ;  $p < 0,01$ ) et une distribution analogue est détectée chez les membres du personnel du Collège qui rapportent une perception de santé physique plus positive que les étudiants ( $\chi^2 = 33,9$ ;  $p < 0,0001$ ).

Bien que l'auto-perception de la santé mentale ne fasse pas partie des variables associées aux troubles mentaux étudiés ici, il est intéressant de noter que la majorité des répondants (56%) estiment leur santé mentale comme excellente ou très bonne et 16% l'évaluent tout juste moyenne ou même mauvaise. Encore ici les hommes et les membres du personnel évaluent leur santé mentale plus positivement ( $\chi^2 = 18,6$ ;  $p < 0,001$  et  $\chi^2 = 20,5$ ;  $p < 0,0001$ , respectivement). Le niveau d'auto-perception de la santé mentale au sein de la population du Collège Dawson est plus faible que celui observé chez les jeunes adultes dans la population générale québécoise (74%) lors de l'ESCC 1.2 de 2002.

**TABLEAU 1 – Caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires de l'échantillon (Données pondérées)**

Caractéristiques	n	%
<b>Statut à Dawson</b>		
Étudiants	854	90,1
Membres du personnel	94	9,9
<b>Sexe</b>		
Hommes	407	42,9
Femmes	542	57,1
<b>Groupes d'âge (étudiants)</b>		
≤19	380	44,5
20 - 34	444	52,0
≥ 35	30	3,5
<b>Statut matrimonial</b>		
Célibataire	772	84,4
Marié	94	10,4
Union libre	32	3,5
Divorcé	17	1,9
Données manquantes	(34)	
<b>Présence à Dawson</b>		
Présent	727	78,8
Absent	196	21,2
Données manquantes	(26)	
<b>Satisfaction avec la vie</b>		
Très satisfait	152	16,4
Satisfait	485	52,2
Ni satisfait ni insatisfait	202	21,8
Insatisfait	78	8,4
Très insatisfait	11	1,2
Données manquantes	(20)	
<b>Perception de sa santé physique</b>		
Excellente	136	14,4
Très bonne	385	40,9
Bonne	321	34,1
Moyenne	84	8,9
Mauvaise	16	1,7
Données manquantes	(7)	
<b>Perception de sa santé mentale</b>		
Excellente	184	19,7
Très bonne	340	36,4
Bonne	256	27,4
Moyenne	120	12,8
Mauvaise	35	3,7
Données manquantes	(13)	



Près de la moitié de l'échantillon rapporte avoir entendu des coups de feu, mais sans avoir vu le tireur et une proportion similaire indique s'être cachée avec une autre personne.

## Exposition à la fusillade

L'échelle de sévérité d'exposition à la fusillade permet de documenter les profils d'exposition à la fusillade selon que la personne était à l'intérieur du Collège ou à l'extérieur<sup>2</sup>. Le Tableau 2 présente les diverses caractéristiques de l'exposition à la fusillade chez les personnes présentes au Collège au moment de l'événement. Il faut noter qu'une personne pouvait mentionner plus d'un type d'exposition<sup>3</sup>.

Près de la moitié de l'échantillon rapporte avoir entendu des coups de feu, mais sans avoir vu le tireur et une proportion similaire indique s'être cachée avec une autre personne, soit dans une salle de classe près de l'Atrium (28%), dans une salle de classe ou un bureau ailleurs dans le

- Comme mentionné à la section méthodologie, cette information a aussi été utilisée pour obtenir une mesure continue d'exposition à la fusillade. Cette question sera traitée plus loin.
- Le nombre moyen d'expositions observé avec l'aide de cet instrument varie de 0 (13%) à 5 (2%), le nombre moyen d'expositions étant de 2.

13 % des répondants qui étaient à l'intérieur du Collège affirment avoir vu le tireur.

**TABEAU 2 - Distribution des niveaux d'expositions à la fusillade chez les répondants présents au Collège lors de la fusillade (données pondérées)**

Type d'exposition à la fusillade	n	%
<b>Blessé(e) par le tireur</b>	6	0,8
<b>Témoin de quelqu'un blessé ou tué par le tireur</b>	261	35,8
Ami	27	10,6
Connaissance	21	8,2
Famille	-	-
Personne inconnue	208	81,2
Données manquantes	(4)	
<b>Vu le tireur</b>	95	13,0
<b>Pas vu le tireur, mais entendu des coups de feu</b>	365	50,2
<b>Été au secours d'une personne blessée ou décédée</b>	24	3,3
Ami	6	24,0
Connaissance	3	12,0
Famille	-	-
Personne inconnue	16	64,0
<b>Caché(e) seul(e)</b>	20	2,7
Dans une salle de classe près de l'Atrium	9	44,7
Salle de classe ou un bureau ailleurs		
dans le Collège	2	10,0
Dans la bibliothèque	9	45,3
<b>Caché(e) avec d'autres personnes</b>		
Dans une salle de classe près de l'Atrium	376	51,7
Salle de classe ou un bureau ailleurs dans le Collège	103	27,5
Dans la bibliothèque	136	36,2

Collège (36 %) ou dans la bibliothèque (36 %). Une proportion substantielle des personnes présentes au sein du Collège (36 %) affirme avoir été témoin de quelqu'un se faisant blesser ou tuer par le tireur. Pour environ 20 % d'entre eux, il s'agissait d'un ami ou d'une connaissance.

Par ailleurs, 13 % des répondants qui étaient à l'intérieur du Collège affirment avoir vu le tireur. Une proportion relativement faible (3 %) indique avoir eu l'opportunité de porter secours à une

**TABEAU 3 - Distribution des niveaux d'expositions à la fusillade chez les répondants à l'extérieur du Collège lors de la fusillade (Données pondérées)**

Type d'exposition à la fusillade	n	%
<b>Appris que quelqu'un était décédé</b>	181	92,7
Ami	13	7,6
Connaissance	24	14,0
Famille	-	-
Personne inconnue	134	78,4
Données manquantes	(10)	
<b>Appris que quelqu'un avait été blessé</b>	192	98,1
Ami	23	13,0
Connaissance	37	20,6
Famille	3	1,9
Personne inconnue	117	64,5
Données manquantes	(11)	
<b>Connaissait quelqu'un qui était dans le Collège ou tout près à l'extérieur</b>	176	90,0
Ami	133	76,1
Connaissance	26	14,8
Famille	16	9,2
Données manquantes	(1)	
<b>Était tout près à l'extérieur</b>	57	29,2
<b>Pris connaissance de la fusillade à la télévision ou par Internet</b>	104	53,3

personne blessée ou décédée. Enfin, le tableau permet de constater que l'échantillon comprend six personnes (0,8 %) qui furent blessées par le tireur.

Le profil d'exposition à la fusillade pour les personnes à l'extérieur ou absent du Collège au moment de la fusillade est présenté à l'aide du Tableau 3. Dans ce groupe de 196 répondants, la très grande majorité (90 % et plus) a appris qu'une personne était décédée, qu'il y avait des blessés et il connaissait quelqu'un qui était dans Collège ou tout près à l'extérieur. La majorité des répondants ne connaissait pas personnellement l'étudiante tuée, Anastasia de Sousa, mais près de 20 % de ces gens indiquent qu'Anastasia de Sousa était une amie ou du moins une connaissance. Enfin, une proportion substantielle des répondants qui n'étaient pas dans le Collège lors de la tragédie (53 %) dit avoir pris connaissance de la fusillade à la télévision ou par Internet.

## Impact psychologique de la fusillade

### Incidence et prévalence des troubles mentaux

L'impact psychologique de l'exposition à la fusillade a été estimé à l'aide d'une version assistée par ordinateur bilingue du *Composite International Diagnostic Interview (CIDI/Dawson)* adapté aux fins de cette recherche. Le Tableau 4 présente l'incidence des différents troubles mentaux sélectionnés dans le cadre de cette recherche. Il s'agit donc des nouveaux cas observés dans cet échantillon à la suite de la fusillade du 13 septembre 2006 qui n'inclut pas les cas qui sont apparus avant le 13 septembre 2006. Les prévalences des différents troubles au cours de la vie et au cours des 18 mois suivant la fusillade seront rapportées à titre informatif seulement et seront comparées aux prévalences rapportées pour le Québec dans le cadre de l'ESCC 1.2.

Selon la base des résultats obtenus à l'aide du module ÉSPT du CIDI/Dawson, l'incidence de l'ÉSPT associée à la fusillade est de 1,8 %. Deux autres troubles mentaux attirent notre attention puisque les incidences obtenues apparaissent supérieures à celle de l'ÉSPT. En effet, le Tableau 4 révèle que près de 5 % de l'échantillon a développé un trouble de dépendance à l'alcool ou a vécu un épisode de trouble dépressif majeur. Enfin, un peu plus de 3 % de l'échantillon aurait développé une phobie sociale en lien avec la fusillade. Les incidences des autres troubles mentaux mesurés dans le cadre de l'étude s'avèrent beaucoup plus faibles puisqu'elles se situent en deçà de 1 %.

Lorsque l'incidence de tous les troubles mentaux considérés dans l'étude est cumulée, le Tableau 4 révèle que 18 % des répondants ont développé, pour la première fois de leur vie, au moins un épisode de l'un des troubles mentaux au cours des 18 mois suivant la fusillade.

Nous ne disposons pas de données sur l'incidence de ces troubles pour l'ensemble de la population québécoise, mais l'ESCC 1.2 (Kairouz *et al.*, 2008) nous offre des données comparatives pour les prévalences à vie et dans la dernière année auxquelles celles observées à Dawson sont comparées. Le Tableau 4 montre que les prévalences à vie et dans les derniers 18 mois suivant l'événement sont plus élevées au sein de la population du Collège pour chacun des troubles mesurés dans ces deux enquêtes.

### Facteurs associés à l'incidence des troubles mentaux

La présente section brosse un premier tableau des relations observées entre les quatre troubles mentaux à forte incidence (épisode dépressif majeur, dépendance à l'alcool, phobie sociale et état de stress post-traumatique) avec le sexe, l'âge des répondants et le niveau d'exposition à la fusillade. Cette dernière variable constituant ici une variable « potentiellement confondante ». La description des relations entre le sexe, l'âge et le niveau d'exposition et l'incidence d'au moins un des troubles mentaux étudié sera aussi présentée. Enfin, rappelons que ces résultats proviennent d'analyses de régression logistique permettant de décrire simultanément les relations des variables sexe, âge et exposition à la fusillade avec les troubles mentaux considérés.

18 % des répondants ont développé, pour la première fois de leur vie, au moins un épisode de l'un des troubles mentaux au cours des 18 mois suivant la fusillade.





**TABEAU 4 - Prévalence et incidence de troubles mentaux mesurés dans le cadre de l'enquête (Données pondérées)**

Caractéristiques	%		IC <sub>95%</sub>
<b>Épisode dépressif majeur</b>			
Prévalence à vie	18,2	†	15,7 – 20,7
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	12,1		10,0 – 14,2
Incidence	5,0	*	3,5 – 6,5
<b>Dépendance à l'alcool</b>			
Prévalence à vie	...		...
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	8,7		6,8 – 10,6
Incidence	4,7	*	3,3 – 6,1
<b>Phobie sociale</b>			
Prévalence à vie	16,6	†	14,1 – 19,1
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	9,6		7,6 – 11,6
Incidence	3,4	*	2,1 – 4,7
<b>État de stress post-traumatique</b>			
Prévalence à vie	5,5		4,0 – 7,0
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	3,4	*	2,2 – 4,6
Incidence	1,8	**	0,9 – 2,7
<b>Dépendance aux drogues illicites</b>			
Prévalence à vie	...		...
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	2,6	*	1,6 – 3,6
Incidence	0,9	**	0,3 – 1,5
<b>Agoraphobie</b>			
Prévalence à vie	3,6	*	2,4 – 4,8
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	3,0	*	1,9 – 4,1
Incidence	0,4	**	0,0 – 0,8
<b>Trouble panique</b>			
Prévalence à vie	2,3	*†	1,3 – 3,3
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	1,9	*	1,0 – 2,8
Incidence	0,3	**	0,0 – 0,7
<b>Agoraphobie sans trouble panique</b>			
Prévalence à vie	2,5	*	1,5 – 3,5
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	2,1	*	1,2 – 3,0
Incidence	0,1	**	0,0 – 0,3
<b>Présence d'un moins un trouble mental</b>			
Prévalence à vie	35,3		32,0 – 38,6
Prévalence 18 mois suivant la fusillade	30,9		27,6 – 34,1
Incidence	18,1		15,1 – 21,1

† Ces prévalences à vie diffèrent significativement des celles observées dans l'ESCC 1.2 pour l'ensemble de la population du Québec.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Le Tableau 5 présente les associations multivariées entre l'incidence de la dépression majeure avec les trois variables sélectionnées. Ainsi, l'incidence de la dépression majeure dans les 18 mois après la fusillade est près de 4 fois plus élevée chez les femmes (RC = 3,9) plus fortement exposées à la fusillade (RC = 1,4).

Les relations statistiques entre les variables à l'étude et l'incidence de la dépendance à l'alcool diffèrent du profil d'association observé pour la dépression majeure. Ici la probabilité de la dépendance à l'alcool s'accroît inversement à l'âge du répondant (RC = 0,9), mais aussi en fonction de l'intensité de l'exposition à la fusillade (RC = 1,4).

En ce qui concerne l'incidence de la phobie sociale, le Tableau 5 révèle que les variables à l'étude ne sont pas associées à l'incidence de ce trouble.

Telle que rapportée plus haut, l'incidence de l'état de stress post-traumatique est de 1,8%. En adoptant un seuil de signification plus faible (90%), le Tableau 5 suggère que les femmes (RC = 3,5), exposées plus sévèrement à la fusillade (RC = 2,1) sont plus à risque de développer une ÉSPT au cours des 18 mois après la fusillade. Cette situation persiste, peu importe l'âge du répondant.

**TABLEAU 5 - Facteurs associés à l'incidence des troubles mentaux (Données pondérées)**

Caractéristique	Dépression majeure		Dépendance à l'alcool		Phobie sociale		ÉSPT		Tous les troubles	
	RC ajusté	IC <sub>95%</sub>	RC ajusté	IC <sub>95%</sub>	RC ajusté	IC <sub>95%</sub>	RC ajusté	IC <sub>90%</sub>	RC ajusté	IC <sub>95%</sub>
<b>Sexe</b> Femme Homme *	3,93	1,74 – 8,92					3,54	1,19 – 10,55	1,59	1,03 – 2,46
<b>Âge</b>			0,85	0,73 – 0,99					0,92	0,88 – 0,96
<b>Niveau d'exposition</b>	1,44	1,06 – 1,97	1,44	1,05 – 1,98			2,12	1,40 – 3,23	1,53	1,25 – 1,89

\* Catégorie de référence.

Lorsque nous considérons l'ensemble des troubles mentaux mesurés dans le cadre de l'enquête, c'est-à-dire les troubles présentés au Tableau 4, les analyses multivariées permettent de constater que les plus jeunes femmes plus fortement exposées à la fusillade du 13 septembre sont plus à risque de développer au moins un de ces troubles mentaux.

### Intensité de la détresse post-traumatique

L'intensité de la détresse post-traumatique au cours du mois avant la collecte de données, telle que mesurée à l'aide du PCL-S, permet d'estimer le niveau de détresse post-traumatique au cours du 18<sup>e</sup> mois après la fusillade. L'analyse du PCL-S révèle que le score moyen de détresse enregistré dans l'échantillon est de 25,1 (IC<sub>95%</sub> 24,4 – 25,9).

Les répondants ayant développé un ÉSPT lié à la fusillade présentent un indice moyen de détresse post-traumatique de 45,0 comparativement à 24,5 chez les personnes qui n'ont pas développé d'ÉSPT suite à la fusillade ( $p < 0,001$ ). Les répondants de sexe féminin obtiennent un PCL-S moyen légèrement supérieur (26,4) à celui des hommes (23,4;  $p < 0,0001$ ) et les étudiants obtiennent un score moyen de détresse post-traumatique supérieur (25,4) à celui des membres du personnel (22,8;  $p < 0,001$ ).

En tenant compte du seuil correspondant à un niveau sévère de stress post-traumatique de l'échelle PCL-S (indice de 44 ou plus), les données de l'enquête permettent de conclure que 7,1 % des répondants (IC<sub>95%</sub> 5,3 – 8,9) montrent encore des signes de détresse importante 18 mois après l'exposition à la fusillade. Aucune différence significative ne peut être mise en évidence en fonction du sexe ou du statut d'étudiant ou d'employé.

Le Tableau 6 permet de constater que le risque de détresse post-traumatique sévère est plus élevé chez les répondants des deux sexes, plus jeunes (RC = 0,9), rapportant un niveau d'exposition plus élevé (RC = 1,7).

**TABLEAU 6 - Facteurs associés à la sévérité de la détresse post-traumatique selon le PCL-S (n = 770; Données pondérées)**

Caractéristique	RC ajusté	IC <sub>95%</sub>
<b>Sexe</b> Femme Homme*		
<b>Âge</b>	0,90	0,83 – 0,98
<b>Niveau d'exposition</b>	1,74	1,32 – 2,30

\* Catégorie de référence

**71 % des répondants montrent encore des signes de détresse importante 18 mois après l'exposition à la fusillade.**

La prévalence à vie des idéations suicidaires est significativement plus élevée dans l'échantillon du Collège Dawson que pour l'ensemble du Québec.

## Suicidalité

Au-delà de l'impact psychologique d'une fusillade en milieu scolaire en termes de risque de divers troubles anxieux, affectifs et d'abus et de dépendance à l'alcool et aux drogues, la détresse causée par un tel événement pourrait même entraîner l'émergence d'idéations suicidaires sérieuses et même de gestes suicidaires.

Le Tableau 7 indique que les idéations suicidaires et les tentatives de suicide peuvent survenir en dehors d'un contexte d'événement traumatique tel qu'une fusillade. En effet, on constate que près d'un répondant sur cinq rapporte avoir eu des pensées suicidaires sérieuses au cours de sa vie, alors que, pour cette même période, près de 3 % de l'échantillon révèle avoir fait une tentative de suicide de divers niveaux de sévérité.

En comparaison avec les résultats québécois de l'Enquête de santé auprès des collectivités canadiennes (cycle 1.2) (ESCC 1.2) (Kairouz, *et al.*, 2008), la prévalence à vie des idéations suicidaires est significativement plus élevée dans l'échantillon du Collège Dawson (21,8 %; IC<sub>95%</sub> 19,0 - 24,6) que pour l'ensemble du Québec (2002) (14,4 %; IC<sub>95%</sub> 13,0 - 15,8). Néanmoins, les prévalences de la tentative de suicide à vie ne diffèrent pas.

Par contre, lorsque nous considérons la période des 18 mois post-fusillade, l'on constate que 7 % des répondants ont pensé sérieusement au suicide et que près de 1 % des participants à l'enquête affirment avoir fait une tentative de suicide au cours de cette période de 18 mois. La prévalence des idéations suicidaires est significativement plus élevée que celle observée dans le cadre de l'ESCC 1.2 (3,8 %; IC<sub>95%</sub> 2,9 - 4,8)<sup>4</sup>. En outre, il s'avère que la suicidalité estimée au cours de la période post-fusillade étudiée constitue près du tiers de toute la suicidalité vécue par les répondants au cours de leur vie.

Les résultats présentés au Tableau 8 permettent d'établir que ces formes de suicidalité sont associées au développement d'un état de stress post-traumatique. Ainsi, l'incidence d'un état de stress post-traumatique suite à la fusillade du 13 septembre 2006 semble accroître la probabilité de l'émergence d'idéations suicidaires (25,0 %;  $p = 0,04$ ) et de tentatives de suicide (16,7 %;  $p = 0,01$ ).

**TABLEAU 7 - Prévalence et incidence des idéations suicidaires et tentatives de suicide (Données pondérées)**

Caractéristiques	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Idéation suicidaire</b>		
À vie	21,8	19,0 - 24,6
18 derniers mois	6,6	4,9 - 8,3
<b>Tentative de suicide</b>		
À vie	2,6*	1,5 - 3,7
18 derniers mois	0,9**	0,3 - 1,5

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

**TABLEAU 8 - Incidence des idéations suicidaires et tentatives de suicide selon l'état de stress post-traumatique (Données pondérées)**

Caractéristique	Idéation suicidaire		Tentative de suicide	
	%	Test exact de Fisher	%	Test exact de Fisher
<b>ÉSPT</b>				
Absent	6,2	0,036	0,7	0,005
Présent	25,0		16,7	

4. Il faut cependant tenir compte du fait que l'ESCC 1.2 couvre les 12 derniers mois alors que la présente étude les 18 derniers mois.

## Recours aux services

L'un des objectifs de l'enquête consiste à évaluer le recours aux services pour l'ensemble de l'échantillon en se concentrant sur le pourcentage de recours aux services après le 13 septembre 2006.

Le Tableau 9 présente les ressources utilisées après le 13 septembre 2006 et distingue le niveau total de recours durant cette période (prévalence) et le recours pour la première fois de sa vie et associé à l'exposition à la fusillade (incidence). Près du quart des répondants (23,0%) ont eu recours à l'une des ressources mentionnées au tableau. De plus, 13,0% des répondants ont consulté au moins un professionnel de la santé mentale, soit un psychiatre (5,8%), un omnipraticien (6,6%) ou un psychologue (6,6%). Les taux de consultation à ces professionnels ne diffèrent pas significativement.

Il est important de noter que près de 14% de l'échantillon rapporte avoir utilisé l'Internet pour des questions de santé mentale au cours de la période post-fusillade.

Si l'on considère l'ensemble des ressources professionnelles, le Tableau 9 montre que près de 5% de la population de Dawson a consulté *de novo* (pour la première fois dans leur vie) un fournisseur/point de service après le 13 septembre. Étant donné que 13% ont consulté ces fournisseurs/points de services au moins une fois depuis le 13 septembre 2006, ceci implique que 8% de la population de Dawson qui a consulté après le 13 septembre avait déjà consulté auparavant dans sa vie.

**TABLEAU 9 – Prévalence et incidence d'utilisation de diverses ressources depuis le 13 septembre 2006, chez l'ensemble de la population de Dawson**

Ressources utilisées	Prévalence Après le 13 septembre 2006		Incidence	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Psychiatre	5,8	4,2 – 7,4	1,9	1,0 – 2,8
Omnipraticien	6,6	4,9 – 8,3	2,5	1,4 – 3,6
Psychologue	6,6	4,9 – 8,3	2,0	1,1 – 2,9
<b>Au moins un de ces professionnels</b>	<b>13,0</b>	<b>0,7 – 15,3</b>	<b>5,0*</b>	<b>3,5 – 6,5</b>
Conseiller pour toxicomanie ou alcoolisme	0,4**	0,0 – 0,8	0,2**	0,0 – 0,5
Autre professionnel intervenant	1,3**	0,5 – 2,1	...	...
Hospitalisation	0,5**	0,0 – 0,0	0,4**	0,0 – 0,8
Séjour en centre	0,3**	0,0 – 0,7	0,2**	0,0 – 0,5
<b>Au moins une de ces ressources professionnelles</b>	<b>13,2</b>	<b>10,9 – 15,5</b>	<b>5,3</b>	<b>3,8 – 6,8</b>
Conseiller religieux ou spirituel	1,0**	0,3 – 1,7	0,3**	0,0 – 0,7
Internet	14,1	1,7 – 16,5	...	...
Ligne téléphonique	0,9**	0,3 – 1,5	...	...
Groupe d'entraide	1,0**	0,3 – 1,7	...	...
<b>Au moins une de ces ressources autres</b>	<b>5,7</b>	<b>13,2 – 18,2</b>	<b>0,3**</b>	<b>0,0 – 0,7</b>
<b>Au moins une des 11 ressources listées</b>	<b>23,0</b>	<b>20,1 – 25,9</b>	<b>5,4</b>	<b>3,8 – 7,0</b>

\* Coefficient de variation entre 15% et 25%; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25%; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

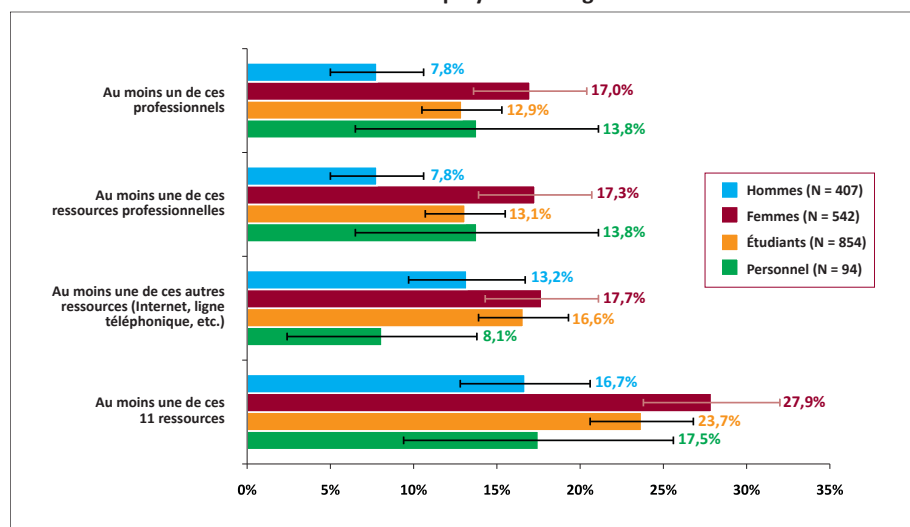
... N'ayant pas lieu de figurer, information non disponible.

13% des répondants ont consulté au moins un professionnel de la santé mentale.

Près de 14% de l'échantillon dit avoir utilisé l'Internet pour des questions de santé mentale au cours de la période post-fusillade.

Si l'on compare l'utilisation d'une ressource à des fins de santé mentale telle que rapportée dans l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes cycle 1.2 de 2002 (ESCC 1.2) (Lesage *et al.*, 2008), qui avait posé exactement les mêmes questions sur l'utilisation des services pour fins de santé mentale dans l'ensemble de la population canadienne et ici au Québec, des différences apparaissent. Au total, 9 % de la population avait utilisé au moins une ressource du système de soins, ce qui apparaît un peu moindre que dans la population de Dawson après le 13 septembre, mais qui serait au seuil d'une différence significative. Cependant, si l'on considère l'ensemble des ressources possibles utilisées, soit près de 10 % dans l'enquête ESCC 1.2 de 2002, la différence est énorme avec les 23 % rapportés après le 13 septembre 2006 par les répondants à Dawson. Ceci est dû essentiellement à l'utilisation massive de l'Internet pour fins d'information, laquelle n'avait été rapportée que par moins de ½ % dans l'enquête ESCC 1.2 quelques années plus tôt.

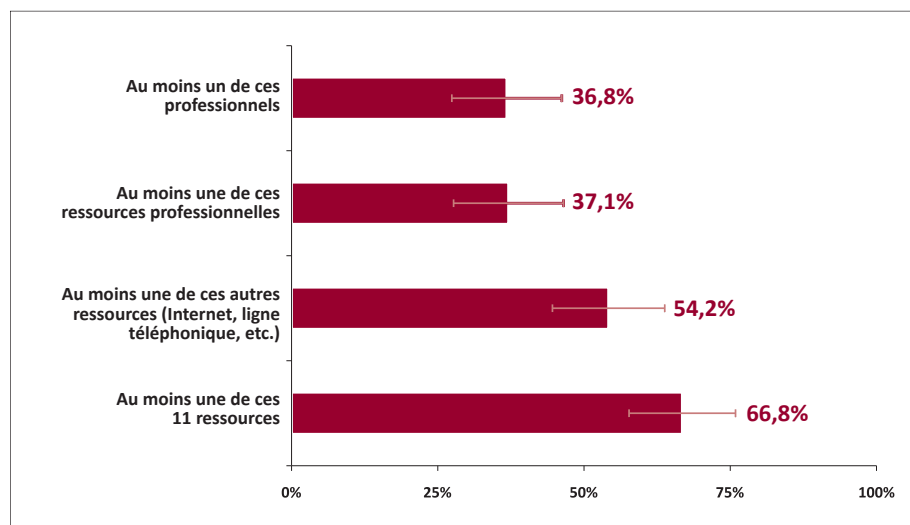
**FIGURE 1 – Prévalence d'utilisation de diverses ressources depuis le 13 septembre 2006, selon le sexe et le statut d'étudiant ou d'employé au Collège Dawson**



Les femmes (28 %) consultent davantage que les hommes (17 %).

La Figure 1 montre que les modèles de consultation varient substantiellement en fonction du sexe et du statut d'étudiant ou de membre du personnel au Collège Dawson. Lorsque l'on aborde l'ensemble des 11 ressources considérées, l'on constate que les femmes (28 %) consultent davantage que les hommes (17 %). Cette différence homme – femme persiste lorsque l'on considère le recours aux professionnels de la santé mentale ou aux autres ressources professionnelles. Les femmes consultent près de deux fois plus que les hommes. Enfin, le graphique montre que, com-

**FIGURE 2 – Prévalence d'utilisation d'au moins un type de ressources utilisées après le 13 septembre 2006 chez les répondants ayant au moins un diagnostic d'épisode dépressif ou de stress post-traumatique**



parativement au personnel du Collège, les étudiants utilisent davantage les «autres ressources» (8 % vs 17 %). L'utilisation de l'Internet explique l'essentiel de ce phénomène.

Il est cependant important de vérifier le niveau de recours aux services pour les personnes présentant un trouble mental, afin d'évaluer la réponse aux besoins que représentent ces troubles. Nous délimiterons premièrement l'utilisation des services chez les personnes ayant au moins un diagnostic d'épisode dépressif ou d'état de stress post-traumatique (Figure 2). Le graphique montre que les deux tiers des personnes avec un épisode dépressif ou un ÉSPT ont eu recours à l'une des ressources étudiées. Un peu plus du tiers des personnes avec l'un de ces diagnostics disent avoir consulté un professionnel de la santé (psychiatre, psychologue ou omnipraticien). Un autre tiers des répondants ont consulté au moins l'une des autres ressources professionnelles. Enfin, l'Internet, les lignes téléphoniques et autres ressources semblables ont été utilisés par plus de 50 % des personnes avec au moins un de ces deux diagnostics. Dans l'ESCC1.2 au Québec (Lesage *et al.*, 2008), 49 % des personnes présentant une dépression et 21 % de celles présentant un trouble anxieux ont eu recours aux professionnels de la santé. La même proportion est observée chez les étudiants et le personnel, si on tient compte d'un moindre recours aux services professionnels de santé par les jeunes qui constituent plus de 90 % des répondants dans l'étude Dawson.

Lorsque nous examinons la satisfaction avec les services reçus, 84 % des personnes ayant consulté au moins une ressource a estimé avoir reçu au moins un service satisfaisant; 22 % ont reçu au moins un service qu'ils ont considéré comme insatisfaisant, mais près de la moitié estimait qu'ils auraient eu besoin d'un autre service supplémentaire qu'ils n'avaient pas reçu.

L'interprétation la plus juste est que la majorité des personnes qui avaient un problème de santé mentale n'ont pas consulté un professionnel; lorsqu'ils ont consulté, les personnes étaient satisfaites des services reçus, rarement insatisfaites, mais la majorité aurait eu besoin de plus de services.

La principale raison évoquée pour ne pas avoir consulté chez les personnes ayant eu au moins un problème de santé mentale depuis le 13 septembre 2006 et ayant reçu ou souhaité obtenir au moins un service est qu'elles préfèrent «se débrouiller seules». À ce titre, les répondants de la présente enquête ne diffèrent pas de ceux de l'ESCC 1.2 pour la population générale du Québec de 2002 où la majorité des gens avec troubles mentaux ne consultaient pas. La principale raison évoquée pour ne pas avoir recours aux services en était donc une d'acceptabilité plutôt que d'accessibilité (Lesage *et al.*, 2008).



**84 % des personnes ayant consulté au moins une ressource a estimé avoir reçu au moins un service satisfaisant.**



## DISCUSSION

L'enquête épidémiologique menée au Collège Dawson suite à la fusillade du 13 septembre 2006 est une première internationale. La direction du Collège tenait à évaluer l'impact psychologique de ce tragique événement sur ses étudiants et les membres du personnel enseignant et de soutien, d'autant plus que les autorités du Collège ne pouvaient s'inspirer d'aucun rapport ou étude publié même à la suite de plus de 30 fusillades fatales survenues en milieu scolaire au cours des 20 dernières années.

En effet, la recension des écrits menée dans le cadre de la présente recherche révèle que nous savons peu de choses sur les répercussions psychologiques, principalement l'état de stress post-traumatique (ÉSPT), lors de tels événements en milieu scolaire, de travail ou autres. Qui plus est, nous connaissons toujours mal l'importance épidémiologique de l'ÉSPT au sein de la population canadienne et québécoise.

L'étude Van Ameringen et collaborateurs (2002) est la seule à avoir mesuré ce phénomène sur l'ensemble du territoire canadien à l'aide d'une solide méthodologie. Cette enquête révèle que 76 % de la population canadienne rapporte une forme ou une autre d'exposition traumatique. On y constate aussi que 16 % des Canadiens affirment avoir été menacés par une arme et 32 % disent avoir été témoin d'un meurtre, d'un décès ou d'un grave accident. Par ailleurs, 17 % des répondants disent avoir appris que des personnes très près d'eux avaient subi un traumatisme important et 40 % rapportent une mort inattendue chez ces parents ou amis. Pour l'ensemble des expositions traumatiques vécues, l'équipe de Van Ameringen rapporte une prévalence à vie de 9,2 % et une prévalence au cours du dernier mois de 2,4 % de l'ÉSPT.

Les chercheurs identifient les événements traumatiques les plus associés à la prévalence à vie de l'ÉSPT. Parmi ceux qui nous intéressent, notons que la menace par une arme et être témoin d'un meurtre, d'un décès ou d'un grave accident comptent pour 3 % et 9 % respectivement des cas d'ÉSPT à vie. La présence d'un traumatisme important chez des parents ou amis explique 3 % des cas d'ÉSPT. Mais, il est important de noter que la mort inattendue d'une personne proche explique à elle seule 30 % de tous les cas d'ÉSPT à vie de l'étude de Van Ameringen et collaborateurs. Enfin, les résultats de leur recherche indiquent que les femmes, non mariées, vivant en milieu rural seraient plus à risque de développer un ÉSPT. La population québécoise ne serait ni plus ni moins à risque de développer un ÉSPT que les autres Canadiens.

La présente étude se distingue aussi par l'attention portée à mesurer d'autres troubles anxieux, dépressifs ou les troubles liés aux substances psychoactives. Plus rares sont les études post-traumatiques qui ont également tenu compte de ces autres troubles, et qui disposaient de données comparatives populationnelles récentes avec les mêmes instruments validés (ESCC 1.2). En plus de permettre d'estimer l'incidence de l'ÉSPT, la présente enquête épidémiologique a permis d'observer une prévalence accrue de la plupart des autres troubles anxieux, affectifs et liés aux substances.

Le recours aux services et la perception de l'état de santé mentale furent mesurés avec les mêmes instruments que l'ESCC 1.2. Ce choix méthodologique nous a permis d'observer au sein de la population du Collège un modèle de recours aux services comparables à celui de la population générale du Québec et de mettre en évidence un recours exceptionnel à l'Internet. Nous avons enfin innové en développant un instrument taillé sur mesure pour l'événement de la fusillade et démontré que plus l'exposition traumatisante était importante, plus le risque d'ÉSPT, d'idées suicidaires et d'autres troubles était accru.

### Limites de l'étude

La présente étude présente quelques limites dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats. La principale d'entre elles, telle que mentionnée dans la section de la méthodologie, est l'impossibilité de confirmer empiriquement la représentativité de l'échantillon. Cette difficulté s'explique non pas par un manque de rigueur dans la sélection aléatoire des participants à l'étude, mais par un très faible taux de participation de la population de référence. Selon la direction du Collège, celui-ci s'explique en grande partie par le fait que la collecte a été menée en fin de session et que les étudiants et membres du personnel étaient fort occupés. En outre, certains

commentaires des personnes contactées suggèrent que plusieurs ne tenaient pas à revenir sur ce tragique événement plus de 18 mois après ce dernier et désiraient passer à autre chose.

Il est très difficile d'estimer l'impact de la non-représentativité de l'échantillon sur les estimés de l'impact psychologique de la fusillade. Certains facteurs de non-participation peuvent induire une surestimation<sup>5</sup> de l'incidence, alors que d'autres auraient tendance à entraîner la sous-estimation<sup>6</sup> des impacts psychologiques. Dans le meilleur des cas, les effets de chacun de ces facteurs s'annulent.

Les comparaisons de la prévalence à vie de l'ÉSPT (5,5 %; IC<sub>95 %</sub> = 4,0 – 7,0) et pour les 18 derniers mois (3,4 %; IC<sub>95 %</sub> = 2,2 – 4,6) estimée au Collège Dawson à celles rapportées dans l'étude de Van Ameringen et coll. (2002) pour les périodes de la vie (9,2 %) ou du dernier mois (2,4 %) suggèrent que les estimés de la prévalence et d'incidence de l'ÉSPT obtenus dans le cadre de l'étude sont conformes à ce qui serait observé dans la population générale du Canada, après une exposition à un événement potentiellement traumatique.

## Forces de l'étude

Il n'en demeure pas moins que ce projet de recherche comporte des propriétés méthodologiques encore inégalées pour ce type d'enquête en milieu scolaire soit :

- utilisation du *Composite International Diagnostic Interview (CIDI/Dawson)*, qui permet d'estimer la prévalence et l'incidence des principaux troubles mentaux et non seulement de l'ÉSPT;
- utilisation de versions anglaise et française du CIDI/Dawson assistées par ordinateur et administrées en salle ou sur Internet;
- utilisation d'une échelle de sévérité d'exposition spécifique à la fusillade survenue au Collège Dawson;
- mesure de l'incidence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide;
- mesure du recours aux services pour l'ensemble des services offerts dans la collectivité;
- utilisation d'analyses multivariées permettant de considérer plus d'un facteur de risque simultanément.

Il faut aussi noter que le protocole de recherche a été développé en étroite collaboration avec des intervenants cliniques et la direction du Collège Dawson et que la recherche s'inscrit dans un effort de mieux comprendre les événements et l'intervention dans le court et long terme suivant l'événement, mais aussi pour contribuer à l'élaboration d'un programme d'intervention psychologique multimodal après une fusillade en milieu scolaire.

Le protocole de recherche a été développé en étroite collaboration avec des intervenants cliniques et la direction du Collège Dawson.

5. Par exemple, la participation proportionnellement plus grande des personnes affectées psychologiquement.  
6. Par exemple, la difficulté de rejoindre les étudiants exposés à la fusillade, mais n'étant plus au Collège lors de l'enquête.



## RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>e</sup> éd -Text revised*. (DSM -IV -TR), Washington (D.C.): APA.

BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P., & PETERSON, E. (1991) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216 -222.

BREWIN, C.R., ANDREWS, B., ROSE, S., & KIRK, M. (1999) Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360 -366.

BURSTRÖM, B., FREDLUND, P. (2001) Self-rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55:836–840.

FRISE S, STEINGART A, SLOAN M, COTTERCHIO M, KREIGER N. (2002) Psychiatric disorders and use of mental health services by Ontario women. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002; 47: 849–856.

GOLDSTEIN, M.S., SIEGEL, J.M., BOYER, R., (1984) Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health*. 76, 6, 611-613, June 1984.

GUAY, S., LESAGE, A., BLEAU, P., SÉGUIN, M., BOYER, R., STEINER, W., SZKRUMELAK, N., GAUVIN, D., MIQUELON, P., CHAWKY, N., ROY, D. (2010) *Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson: Synthèse et recommandations*. ISBN 978-2-922577-84-6

KAIROUZ, S., BOYER, R., NADEAU, L., PERREAU, M., FISET-LANIEL, J. (2008) *Troubles mentaux, consommation d'alcool et de drogue et autres problèmes liés à la santé mentale: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec. 67 pages. [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/troubles\\_mentaux.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/troubles_mentaux.pdf).

LESAGE, A., J. RHÉAUME ET H.-M. VASILADIS (2008). *Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 pages. [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/medicament\\_sante\\_mentale\\_pdf.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/medicament_sante_mentale_pdf.htm)

KESSLER, R.C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C.B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048 -1060.

MARTIN, M., GERMAIN, V., & MARCHAND, A. (2006) *Facteurs de risque et de protection dans l'étiologie de l'État de stress post-traumatique chronique*. Dans S. Guay, A. Marchand (Eds.). *Les troubles liés aux événements traumatiques : Perspectives scientifiques et cliniques*. Montréal : les Presses de l'Université de Montréal.

MOSCICKI, EK. (1989) Epidemiologic surveys as tools for studying suicidal behavior: A review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 131-146.

MOSSEY J. M. & SHAPIRO E. (1982) Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*; 72(8), 800.

NORRIS, F. H., & KANIASTY, K. (1994) Psychological distress following crime victimization in the general population: cross sectional, longitudinal and prospective analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 111 -123.

RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., DANSKY, B. S., SAUNDERS, B. E., & BEST, C. (1993) Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984 -991.

ROY, D., LESAGE, A., SÉGUIN, M., CHAWKY, N., BOYER, R., GUAY, S., BLEAU, P., STEINER, W., SZKRUMELAK, N., GAUVIN, D., MIQUELON, P. (2010) *Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson: Évaluation du plan d'intervention psychologique d'urgence*. ISBN 978-2-922577-86-0

SÉGUIN, M., CHAWKY, N., GUAY, S., SZKRUMELAK, N., LESAGE, A., BLEAU, P., BOYER, R., STEINER, W., GAUVIN, D., MIQUELON, P., ROY, D. (2010) *Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson: SECURE (Soutien, évaluation et coordination unifiés pour le rétablissement et l'éducation): un programme d'intervention psychologique multimodal*. ISBN 978-2-922577-90-7

SIMEON, D., GREENBERG, J., KNUTELSKA, BA., SCHMEIDLER, J., & HOLLANDER, E. (2003) Peritraumatic Reactions Associated With the World Trade Center Disaster. *Am J Psychiatry*. 160:1702–1705.

STEIN MB, WALKER JR, HAZEN AL, FORDE DR. (1997) Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1114 - 1119.

TOLIN, D. F., & FOA, E. B. (2006) Sex differences in trauma and post-traumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959 -992.

VENTUREYRA, VAG., YAO, S-N., COTTRAUX, J., NOTE, I., & DE MEY-GUILLARD, C. (2002) The validation of the posttraumatic stress disorder checklist scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 47-53.

VAN AMERINGEN, M., MANCINI, C., PATTERSON, B., BOYLE, M, H. (2008) Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*; 14, 171–181.

C O L L È G E  
**DAWSON**



Institut de recherche  
du Centre universitaire de santé McGill  
The Research Institute  
of the McGill University Health Centre



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

Animés par l'espoir